

Министерство науки и высшего образования
Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Псковский государственный университет»

Институт образования и социальных наук
Кафедра психологии и сопровождения развития ребенка
37.05.01 «Клиническая психология»
специализация «Патопсихологическая диагностика и психотерапия»

«Допустить к защите»

Заведующий кафедрой
оценкой

Защищена с

_____ /Е.А. Митицина/
(подпись)

« _____ »

« ____ » _____ 2020 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Черновой Вероники

на тему

**Экспресс-диагностика психоэмоциональных состояний:
разработка и апробация опросника**

Руководитель: старший преподаватель
кафедры психологии и
сопровождения ребенка
/Г.Н. Гучкова/

Автор работы

_____ /В. Чернова/

Псков

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1. Теоретический анализ проблемы психоэмоциональных состояний в рамках социально-психологического феномена и нозологических единиц.....	7
1.1. Понятие невроза и механизмов невротогенеза.....	7
1.2. Определение и подходы к изучению одиночества.....	11
1.3. Этиология и патогенез депрессивного эпизода.....	14
1.4. Теоретическая модель опросника экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний.....	16
Выводы по 1 главе.....	20
Глава 2. Организация, методы и психометрические характеристики методики экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний.....	21
2.1. Основные принципы создания методики экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний.....	21
2.2. Организация и этапы разработки методики экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний.....	22
2.3. Результаты предварительного этапа исследования.....	25
2.4. Результаты основного этапа исследования.....	32
Выводы по 2 главе.....	39
Глава 3. Эмпирическое исследование особенностей нарушенных компонентов в структуре психоэмоциональных состояний в клинической и не клинической выборке.....	40
3.1. Особенности психоэмоциональных состояний клинической выборки.....	40
3.2. Особенности психоэмоциональных состояний в не клинической выборке.....	49

3.3. Сравнительный анализ особенностей нарушенных компонентов в структуре психоэмоциональных состояний в клинической и не клинической выборке.....	58
3.4. Классификация испытуемых по сходным признакам особенностей нарушенных компонентов в структуре психоэмоциональных состояний.....	60
Выводы по 3 главе.....	67
Заключение.....	69
Список литературы.....	70
Приложения.....	78

Введение

Актуальность: Современная ситуация в обществе связана со снижением качества жизни людей, способствующая проявлению таких психоэмоциональных состояний, которые вызывают как функциональные, так и нервно-психические нарушения в некоторых случаях. С момента начала изучения психоэмоциональных состояний, в частности невротического, депрессивного состояний и состояния одиночества, выдвигалось множество теорий о возможных причинах и механизмах их развития. Большинство этих теорий разделяют человеческое поведение и состояние на норму и патологию, стремясь экспериментально подтвердить выдвинутые гипотезы, хотя это не всегда представляется возможным. Исходя из этого, социальную значимость приобретают диагностические, профилактические, коррекционные методы, а также их постоянное развитие и совершенствование. В своей практической деятельности психолог сталкивается с потребностью в специфическом инструментарии для построения более эффективного плана коррекционных и психотерапевтических мероприятий.

Цель: разработка и апробация опросника предназначенного для оценки психоэмоциональных состояний, выявление нарушенных, психогенно обусловленных, компонентов которые способствуют сохранению и улучшению психического здоровья человека посредством психокоррекционного воздействия.

Предмет: психоэмоциональные состояния.

Объект: пациенты, находящиеся на стационарном лечении в ГБУЗ «Наркологический диспансер Псковской

области» и люди, не обращавшиеся к врачам в связи со своим психоэмоциональным состоянием.

Гипотеза исследования состоит в предположении о том, что разработанный нами опросник будет соответствовать установленным требованиям к опросникам и выявлять в структуре психоэмоциональных состояний диагностически значимые психологические мишени для последующего психокоррекционного воздействия.

Задачи:

1. На основе теоретического анализа выделить основные подходы к пониманию и исследованию феноменов, в рамках рассматриваемых психоэмоциональных состояний и разработать их градиентную модель.

2. На основе теоретической модели разработать методику экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний, проверить ее надежность и валидность.

3. Определить особенности нарушенных, психогенно обусловленных компонентов в структуре психоэмоциональных состояний в клинической и не клинической выборке.

4. Разработать рекомендации по организации и проведению психокоррекционных мероприятий.

Методы:

- Методы теоретического уровня - анализ отечественной и зарубежной научной литературы по проблеме исследования.

- Методы эмпирического уровня - диагностические комплекс: опросник «Экспресс-диагностика психоэмоциональных состояний», разработка которого

являлась специально поставленной задачей исследования; сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-Мульт); УНП (уровень невротизации и психопатизации); методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге; дифференциальный опросник переживания одиночества Е.Н. Осина и Д.А. Леонтьева (краткий вариант).

- Методы математической статистики - описательная статистика, проверка на внутреннюю согласованность шкал опросника (коэффициент α -Кронбаха), сравнительный, факторный, корреляционный, кластерный анализы. Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS 21.0.

Теоретическая значимость определяется тем, что в работе представлен результат анализа, обобщения и структурирования основных положений теории В.Н. Мясищева для разработки концептуального подхода к пониманию патогенеза психоэмоциональных состояний, а также созданию градиентной модели для схематического воспроизведения данных тезисов.

Разработка нового психодиагностического инструментария в области исследования психоэмоциональных состояний позволяет выявлять в структуре последних нарушенные, психогенно обусловленные компоненты, их сочетание и уровень выраженности, что предполагает реализацию более дифференцированного подхода к психокоррекционным мероприятиям. Такие показатели могут быть использованы как в условиях клиники для улучшения состояния пациентов

в рамках комплексной психотерапевтической интервенции, так и в практике консультирования с применением превентивных мер в отношении лиц группы риска.

Объем и структура работы. Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений. Объем составляет 148 страниц. В работе представлено 13 таблиц, 12 рисунков, 13 приложений. Список литературы включает 86 наименования.

Глава 1. Теоретический анализ проблемы психоэмоциональных состояний в рамках социально-психологического феномена и нозологических единиц

Под психоэмоциональными состояниями понимают доминирование той или иной эмоциональной реакции заключающейся в своеобразном отражении действительности и являющейся особой формой психического состояния. Под последней подразумевают многообразие феноменов, образующихся посредством самоотражения, интеграции в окружающую среду, которые ведут к возрастанию рефлексии и метаморфозам в эмоциональной сфере [11].

1.1. Понятие невроза и механизмов неврозогенеза

Учение о неврозах, их предупреждении, реабилитации основывается на фундаментальных работах, как отечественных психологов, так и зарубежных (В. А. Абабков [70], В. И. Гарбузов [23], Б. Д. Карвасарский [31], А. М. Свядощ [58], В. Франкл [73], К. Хорни [79]).

Впервые термин «невроз» был сформулирован У. Кулленом и включал в себя различные психические расстройства, такие как истерия, страхи, ипохондрия, невыраженные эпизоды меланхолии.

В настоящее время термин «невроз» стал синонимичен термину «невротическое расстройство», которое, согласно МКБ-10 подразумевает множество вариантов проявлений расстройства, в том числе как соматоформных, так и связанных со стрессом [54; 58].

На основе анализа литературы по данной теме, можно выделить основные физические и психические симптомы,

свидетельствующие о наличии невротического расстройства [41; 45; 49; 54].

- Физические: повышенная утомляемость, вегетативные нарушения, панические атаки, фиксация на своем здоровье, нарушение сна и аппетита.
- Психические: неадекватная самооценка, раздражительность, обидчивость, плаксивость, снижение когнитивных функций, перепады настроения.

Значительный информационный поток, влияющий на психоэмоциональное состояние индивидуума, необходимость постоянного его освоения и запоминания, принятие ответственных или судьбоносных решений, требующих значительного нервно-психического напряжения на фоне недостаточной физической активности, способствуют истощению адаптационных резервов и возникновению невротических расстройств. Так же их причины возникновения многие исследователи связывают с личностными факторами [58, с. 9].

В зависимости от интерпретации клинических сведений с различным научным подходом выделяют следующие теории возникновения и развития неврозов:

- Физиологическая теория. Невроз развивается, как следствие нарушения высшей нервной деятельности, то есть возникновение разнонаправленных раздражителей ведет к несогласованности между побуждениями. Данное состояние сопровождается истощаемостью, утомляемостью, эмоциональными и соматовегетативными расстройствами, которые являются обратимыми вне зависимости от их длительности [28, 78].

- Биохимическая теория. Невроз - это результат избытка или недостатка нейромедиаторов (дофамина, серотонина и др.).

- Этологическая и эволюционная теории. С точки зрения данных теорий, невроз является индивидуальным проявлением адаптации. Особенности нервной системы каждого человека запрограммированы отвечать на конкретный круг раздражителей определенным образом, а невроз можно обозначить, как попытку найти ответную реакцию на возникшие небиологические стимулы.

- Бихевиористская теория считает невроз результатом неправильного обучения, то есть в основе новая закрепленная последовательность патологических рефлекторных ответов.

- Психоаналитическая теория. Невроз является конфликтом между разумом и бессознательными желаниями. Неврозогенез определяется индивидуальным ранним опытом с фиксацией на определенных механизмах психологической защиты.

- Экзистенциальная теория. Невроз рассматривается как попытка избежать свободы выбора при потере перспективы и смысла существования.

У всех теорий прослеживается общее представление о неврозе как реакции, а о пациенте с неврозом – как особой личности, прошедшей путь невротического развития, для которой свойственно реагировать на стресс особым, невротическим образом [53, с. 189].

Неврозы являются функциональными обратимыми болезненными состояниями без возникновения органических

очагов поражения головного мозга, однако они нередко принимают затяжное течение.

В возникновении неврозов значение имеет не столько психотравмирующие обстоятельства, сколько отношение к ним индивидуума. В преобладающем большинстве эпизодов еще в детском возрасте происходит формирование структуры личности, при которой общение в социуме происходит на фоне некоторых затруднений и эмоционального напряжения. Как следствие соматовегетативная сфера и механизмы адаптации подвергаются перегрузке, а поведение человека определяется как реальной ситуацией, так и системой психологических защит [4; 46].

После перенесённой психотравмы происходит срыв системы психологической защиты, возникают психопатологические проявления, развитие которых в некоторой степени имеет сходство с цепной реакцией – патологический «порочный круг» [42, с. 110].

У пациента постепенно развиваются невротические реакции (страх, тревога, депрессия, соматовегетативные нарушения), которые в неблагоприятных условиях приобретают чрезмерную выраженность и аномальность, тем самым приводя к нарушению коммуникативности и изменению представления о своем месте в обществе. Пациент остается вполне приемлемым для социального окружения и вызывает у окружающих либо раздражение, либо желание его опекать.

За основу исследования взята патогенетическая теория неврозов В.Н. Мясищева. В данной теории личность понимается как система отношений, которая в зависимости

от условий своего развития может быть нарушена. Такое нарушение является сущностью невроза, и касается в первую очередь значимых отношений личности с выраженным эмоциональным и мотивационно-поведенческим компонентом.

Согласно В.Н. Мясищеву: "Невроз - это болезнь, возникающая вследствие конфликта человека с окружающей его действительностью, конфликта, разрушающего его социальные связи, изолирующие его. Поэтому для понимания сущности невроза нужно остановиться на характере этого конфликта. Можно считать, что этот конфликт внутреннего характера, что его патогенное действие основано на неразрешимом противоречии в личности... Однако такое противопоставление было бы неправильно, так как все внутреннее имеет свою внешнюю сторону... Положение о внутреннем конфликте представляется правильным в том смысле, что чем глубже внешний конфликт нарушает внутреннюю структуру личности, тем сильнее его патогенное действие" [цит. 47, с. 55]. Стоит отметить, что противоречивость и внутренняя конфликтность становятся патогенными лишь в случае отсутствия конструктивного разрешения, то есть недостаточной осознанности.

Таким образом, неврозогенез в рамках патогенетической теории может быть представлен следующим образом: вследствие нарушения значимых отношений происходят изменения функционального состояния, влекущие за собой выраженную в различной степени физическую и психологическую дезадаптацию, фрустрирующие личность в значимых для нее сферах функционирования [30, с. 51].

Важным моментом является отсутствие или недостаточная осознанность индивидом связи между внутриличностным конфликтом и нарушениями в соматическом состоянии и поведении.

1.2. Определение и подходы к изучению одиночества

На сегодняшний день люди во всем мире всё чаще и острее испытывают чувство одиночества, однако, каждый воспринимает и оценивает его по-своему, на основе своего личного жизненного опыта, но как такового понимания и определения данного феномена не существует.

Проблема одиночества является междисциплинарной, она изучается на философском (Н.А. Бердяев [8], Э. Фромм [74], Юрченко [86]), психологическом (Р. Вейс, К. Мустакас, Ф. Фромм-Рейхман) уровнях. Вместе с тем, анализ современных работ показывает, что феномен одиночества не имеет единой трактовки в научных кругах. В настоящее время наиболее актуальными направлениями разработки проблемы одиночества являются:

- рассмотрение его как социально-психологического феномена (О.С. Алейников [1], Пузанов [56], Л.И. Старовойтова [63], Г.М. Тихонов [68]);
- изучение культурно-исторических формы одиночества (О.В. Данчева и Ю.М. Швалб [82], Н.Е. Покровский [52]);
- психологические особенности одиночества в подростковом и юношеском возрасте (О.Б. Долгинова [26], И.С. Кон [35]);

- исследование близких к одиночеству явлений - отчуждение, изоляция, уединение (С.Г. Корчагина [36], А.У. Хараш [76; 77]).

В психологических словарях одиночество определяют как один из психогенных факторов, влияющих на эмоциональное состояние и психическое здоровье человека. Физическая или эмоциональная изоляция являются обязательным условием для его проявления, что способствует резкому увеличению потребности в общении [11].

Острые психические состояния, выражающиеся в тревожности, опустошённости, депрессии и сопровождающиеся эксплицитными вегетативными реакциями, в том числе могут быть спровоцированы недостатком в сфере общения. Также периодически могут возникать следующие психические расстройства: деперсонализационные переживания, реактивные галлюцинации, сверхценные идеи.

Для более глубокого понимания данной проблемы рассмотрим основные теоретические подходы к изучению одиночества.

1. Феноменологическая перспектива. (Т. Джонсон, К. Роджерс, У. Садлер). Данная теория рассматривает одиночество как результат противопоставления истинного «Я» и «Я» социального. Выполняя социальные роли из страха быть отвергнутым, человек увеличивает напряжение между необходимым и желаемым способом поведения, а страх быть отвергнутым не позволяет проявить свое истинное «Я». То есть, одиночество является проявлением слабой

приспособляемости личности к окружающим условиям на основе внутреннего конфликта личности.

2. Психодинамический подход. (Дж. Зилбург, Салливан, Ф. Фромм-Рейхман) В рамках данной концепции предлагается различать одиночество и уединенность. Уединенность считается нормальным преходящим состоянием, возникающее при потребности в общении с конкретным человеком. Одиночество же, напротив, носит постоянный характер и становится отражением таких личностных качеств как враждебность, нарциссизм, мания величия. Основой развития одиночества во взрослом возрасте считается детский опыт, связанный с ранним отлучением от материнской ласки.

3. Интеракционистский подход. (Р.С. Вейс) В данном подходе рассматривается сочетание субъективно-личностной предрасположенности индивида и социальный аспект как причины возникновения одиночества. Неудовлетворенность социальным взаимодействием может порождать как эмоциональное, так и социальное одиночество, имеющие характерные аффективные реакции: тревогу и пустоту, или тоску и чувство социальной маргинальности соответственно.

4. Социологический подход. (К. Боумен, Д. Рисмен, К. Слейтер) В данном направлении ответственность за возникновение одиночества возлагается на общество в целом. Современный человек характеризуется большей ориентированностью «вовне», отчужденностью от своих «истинных чувств и желаний», построением поведения на основе приспособления к обстоятельствам и контроля межличностных контактов. Подобная тенденция, по мнению

авторов, к сопричастности, постоянному общению и зависимости может привести к появлению синдрома обеспокоенности и потребности в пристальном внимании себе со стороны других, что является недостижимым в условия современного общества и его приверженности к индивидуализму.

5. Экзистенциальный подход. (Б. Мисюкевич, К. Мустакас, И. Ялом) Представители данного подхода полагают, что человек изначально одинок, а само одиночество является психическим явлением характерным для сознания. Таким образом, предлагается не избавляться, а продуктивно использовать его для самопознания и усиления творческого потенциала. Также подчеркивается разница между истинным одиночеством и «суетой одиночества». Суета одиночества предполагает включение защитных механизмов, проявляющихся в стремлении постоянно находится в обществе из-за страха остаться наедине с собой. Опыт истинного одиночества человек может получить при столкновении с пограничными жизненными ситуациями (рождение, смерть, жизненные перемены, трагедия), которые переживаются в одиночку, с глубоким погружением в себя.

6. Когнитивный подход. (Э. Пепло, Д. Перлман) Когнитивисты считают, что основой для возникновения и укрепления чувства одиночества является самоатрибуция. При осознании и позиционировании себя как одинокого человека данная когниция получает непосредственную реализацию в жизни, за счет фокусирования на ней внутренних переживаний индивида. В данном случае, базой выступает осознание диссонанса между желаемым и

достигнутым уровнем собственных социальных контактов [50].

Помимо теоретических подходов к пониманию одиночества исследователи ведут разработки относительно его типов, видов, форм [36; 37; 83;85], а также характерных для него реактивных состояний, среди которых можно отметить депрессию, фрустрацию, агрессию, тревожность и астенические состояния. Все эти состояния основываются на несоответствии качества установленных межличностных отношений с представлениями индивида, что влечет за собой переживания безысходности, покинутости, злости и жалости к самому себе, снижению эмоционального фона, а также проявлению широкого спектра психосоматических расстройств [84, с. 13].

Таким образом, одиночество является сложным, комплексным феноменом, не имеющим однозначной трактовки, оказывающим влияние на развитие личности и формирование психологических механизмов защиты.

1.3. Этиология и патогенез депрессивного эпизода

По данным ВОЗ, депрессия является одной из ключевых проблем как психиатрии, так и психологии. Будучи одной из основных проблем современного общества депрессия требует тщательной проработки и развития диагностических, терапевтических и профилактических мероприятий. (Ю.А. Александровский [2], О.П. Вертоградова [17], В.Н. Краснов [40], , Н.Д. Лакосина [41], , А.Б. Смулевич [61]).

В МКБ-10 описаны основные симптомы «депрессивного эпизода» (F32), который проявляется в виде сниженного

настроения, утраты интересов, сниженной энергичности и как следствие выраженной утомляемости, а также пессимистической оценкой себя, своего будущего и окружающей действительности, длительностью не менее двух недель. К другим диагностическим критериям также относятся:

- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- идеи виновности и унижения (даже при лёгком типе эпизода);
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, направленные на самоповреждение, или суицид;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

Общая картина протекания депрессивного эпизода характеризуется сниженным настроением, которое мало колеблется в течение нескольких дней, либо имеют место суточные колебания. Изменение настроения может «маскироваться» раздражительностью, обострением фобических или обсессивно-компульсивных симптомов, истерическим или ипохондрическим поведением, а также чрезмерным употреблением алкоголя [54; 18].

С точки зрения современной психиатрии, этиология данного психического расстройства включает в себя влияние на индивида трех факторов: биологического, психологического и социального [7; 16].

- Биологические факторы. Исследователи в первую очередь рассматривают генетическую предрасположенность к депрессивным расстройствам. При отягощенной наследственности риск заболевания депрессией у родственников существенно возрастает. Также имеются исследования, подтверждающие генетическую предрасположенность в нарушении нейротрансмиссивного функционирования (аномалии подкорковых систем регуляции вегетативно-эндокринных процессов организма), влияющего на восприимчивость эмоционального стресса и снижающие адаптивные возможности [51; 71].

- Психологические факторы. Различные психологические школы выделяли свои особенности возникновения и развития депрессий. Психоданалитики признают эндогенный характер данного расстройства, как ответ на однажды возникшее фрустрирующее, психотравмирующее событие. Бихевиористы используют термин «выученной беспомощности», то есть потерю адаптивного поведения (пассивности, подавлению ответов) как следствие негативного обучения. Когнитивистская теория на сегодняшний день является наиболее проработанной. В ней выделяются когнитивные паттерны ведущие к развитию депрессивных состояний: когнитивная триада (негативное отношение к себе, к своему будущему и к текущему опыту), когнитивные схемы и когнитивные ошибки. Также исследователи данного направления выделяют так называемое «депрессивное мышление» характеризующееся примитивностью, глобальностью и морализаторством. Таким образом, когнитивные паттерны в совокупности с

«депрессивным мышлением» обостряют чувство беспомощности и зависимости от окружающей среды.

- Социальный фактор. Здесь выделяют такие факторы как: миграция, увеличение продолжительности жизни, урбанизация, острый и хронический стресс [15]. Наибольшую опасность для развития депрессивного расстройства несет хроническая стрессовая ситуация.

Таким образом, попадая в неблагоприятную социальную ситуацию, например, характеризующуюся хроническим стрессом, индивид, имеющий определенную предрасположенности к депрессивным состояниям начинает использовать неадекватные механизмы психологической защиты, которые деструктивно сказываются как на психологических, так и на биологических процессах.

1.4. Теоретическая модель опросника экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний

Как было рассмотрено выше, социальный фактор может участвовать в процессе возникновения и развития невроза, одиночества и депрессии, т. е. имеет место быть нарушение системы отношений. Наиболее полно эту тему затрагивал в своих трудах В.Н. Мясищев [30; 47]. В своей теории психологических отношений человека, он определял «отношения» как единую взаимосвязанную систему избирательных, сознательных и индивидуальных связей личности с разными сторонами действительности, выступающими итогом, как при проявлении и развитии индивидуальности человека, так и при его взаимодействии с окружающей средой, а также другими людьми.

Базируясь на данной концепции, Мясищев разработал патогенетическую психотерапию и теорию невроза. В данной теории Мясищев рассматривал «невроз» в качестве психогенного заболевания, фундаментом которого служит противоречие (непродуктивно, неудачно, нерационально разрешаемое) между личностью и сторонами действительности, которые являются значимыми для нее и провоцируют мучительные переживания, которые могут проявляться в неудовлетворении каких-либо потребностей, невосполнимой утрате, а также недостигнутых целях. Неумение нахождения рационального и продуктивного решения с большой вероятностью может повлечь психическую и физиологическую дезинтеграцию личности.

В целом, к психогенным заболеваниям можно отнести не только невроз, но и депрессию и одиночество, в основе которых может лежать нарушенная система отношений, которую в свою очередь можно отнести к психической травме, которая может определять как возникновение, так и симптоматику заболевания, в том числе его протекание.

Таким образом, выделенные выше психоэмоциональные состояния имеют общий этап психогенеза, на котором возникает комплекс, заряженный отрицательным аффектом, переживаний. В ответ на них, личность начинает использовать механизмы психологической защиты, эффективность и способность к формированию которых напрямую зависят от степени зрелости личности. Также эффективность данных механизмов зависит и от личностных предпосылок. При неспособности преодоления данной ситуации происходит психологический «срыв» с

возникновением болезненных психогенных проявлений, который является своеобразным переходом от психогенеза к патогенезу одного из описанных нами психоэмоциональных состояний. Варианты психогенеза и патогенеза зависят от индивидуальных особенностей личности.

Для дальнейшего исследования и составления корректных утверждений опросника, необходимо выделить основные проявления и взаимосвязи между рассматриваемыми психоэмоциональными состояниями. В результате теоретического анализа была построена модель психоэмоциональных состояний:

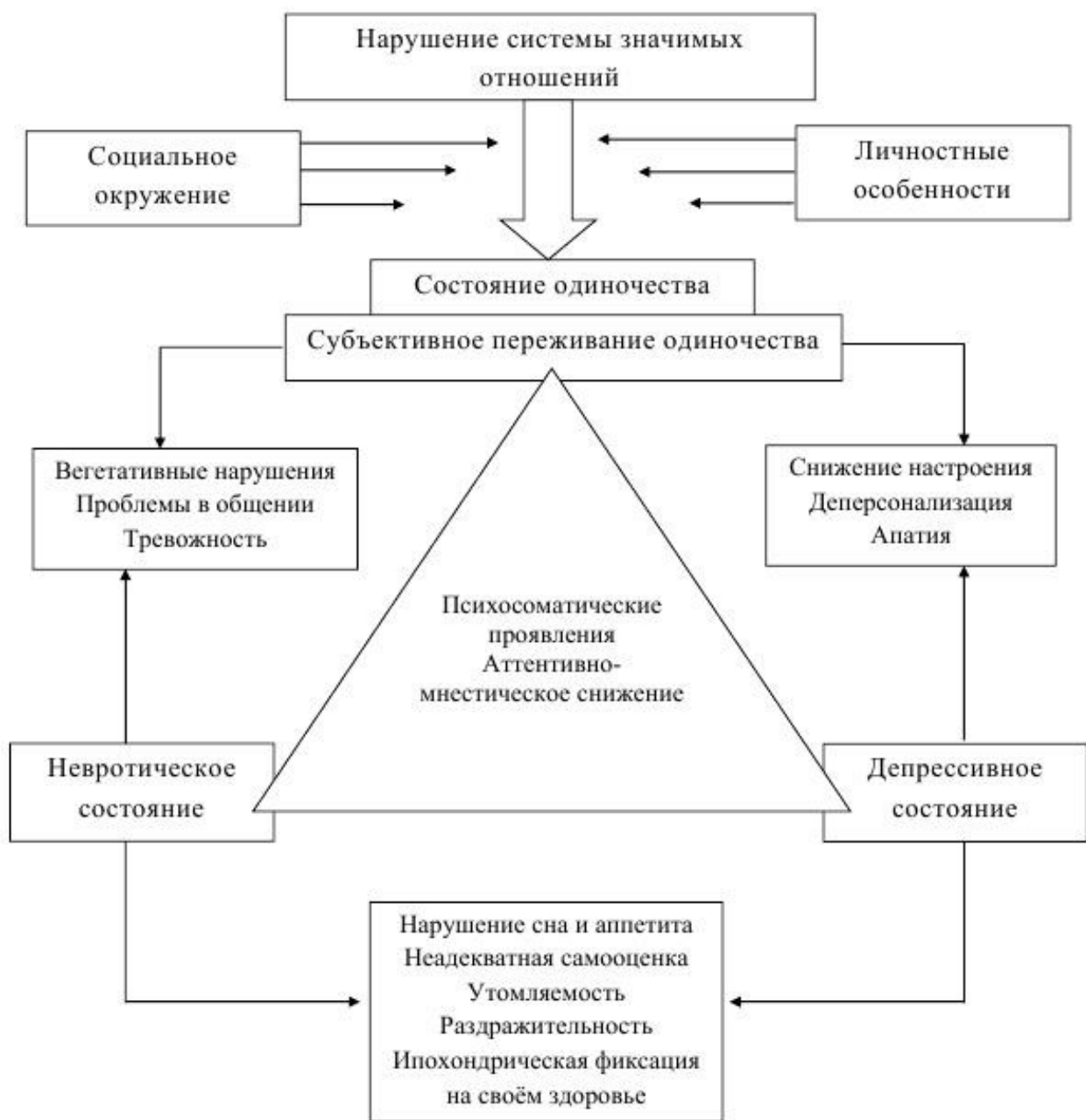


Рис.1 . Градиентная модель психоэмоциональных состояний

В настоящее время основная часть методик направлена на измерение отдельных психоэмоциональных состояний. Данные опросники имеют в основе разные теоретические подходы и методы оценки, что в значительной степени затрудняет сопоставление и интерпретацию полученных результатов, а иногда и делает невозможной в связи с их противоречивостью. Сама процедура диагностики с использованием большого количества методик, имеющих в своей структуре типовые, повторяющиеся вопросы, может вызывать у исследуемого в некоторых случаях повышение тревожности и агрессивные тенденции, а в других случаях оказаться и вовсе нецелесообразной, в виду его быстроистощаемости.

Недостаточная разработанность данной проблемы обуславливает последующую разработку и апробацию методики экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний, а широкий круг параметров и диагностических критериев, определенных в рамках разработанной нами модели позволяет сформулировать вопросы, учитывая основные характеристики каждого из выделенных состояний.

Выводы по 1 главе

Психоэмоциональные состояния представляют собой особую форму психических состояний человека, переживаний с проявлением эмоционального реагирования своего отношения к окружающей действительности и самому себе. Также необходимо отметить, что данные состояния в большей степени регулируются эмоционально-волевой сферой и включают в себя эмоциональные реакции и отношения. Данное понятие является собирательным и включает в себя ряд феноменов, таких как одиночество (Р. Вейс, С.Г. Корчагина, К. Мустакас, Ф. Фромм-Рейхман, В. Франкл, И. Ялом,), депрессия (Ю.А. Александровский, О.П. Вертоградова, Н.Д. Лакосина, В.Н. Сеницын, А.Б. Смулевич) и невроз (М. И. Буянов, В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Б. Д. Карвасарский, А. С. Спиваковская, А. М. Свядоц, К. Хорни).

В первой главе были рассмотрены теоретические аспекты вопросов одиночества, депрессивных эпизодов, неврозов и механизмов невротизации, а также их проявления и основные диагностические критерии. Изучив эти вопросы в научной литературе, можно видеть, что возникновение невроза, одиночества и депрессии в большинстве своем связано с нарушением значимых отношений, а их проявления носят как психологический, так и физиологический характер. Исходя из данного утверждения, мы считаем уместным, рассматривать сквозь призму патогенетической теории В.Н. Мясищева не только невроз, но также одиночество и депрессию.

Таким образом, в основе указанных выше состояний, лежит диссонанс личности со сторонами действительности,

значимыми для нее, который, нерационально, непродуктивно и неудачным образом разрешается, приводя к негативным переживаниям, выражающимся на уровне психологической и физиологической дезинтеграции. Для возникновения данных психоэмоциональных состояний необходим комплекс пусковых факторов, среди которых соматические заболевания, психические травмы, личностные особенности, психологические трудности.

Глава 2. Организация, методы и психометрические характеристики методики экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний

2.1. Основные принципы создания методики экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний

Для соответствия разрабатываемого опросника установленным требованиям был проведен теоретический анализ литературы. Были рассмотрены основные подходы, параметры и условия конструирования тестов на разных этапах, внутренняя структура, правила апробации, психометрической проверки, стандартизации, а также методы обработки и интерпретации полученных результатов [3; 13; 20; 27; 38; 43; 48; 59; 81].

При создании пунктов опросника мы основывались на принципы конструирования тестов, предложенные П. Клайном [32]. К основным **из них** можно отнести:

1. Устранение возможности проникновения испытуемых в суть того, что изучается при помощи данного теста.

Для того, чтобы выполнить данное условие, прямые упоминания психоэмоциональных состояний устранялись из

формулировок. Кроме того, были смешаны вопросы, направленные на исследуемые состояния.

2. Формулирование понятных и недвусмысленных вопросов.

Утверждения, составляющие опросник, имеют дихотомическую шкалу ответов («да»/ «нет»). Такие противоположные ответы просты для понимания и воспроизведения. Также они позволяют исключить воспроизведение лояльных ответов, которые могут стать недостаточно информативными.

3. Разработанные вопросы должны отражать конкретные, а не общие аспекты изучаемой области поведения.

Ответы раскрывают содержание психоэмоциональных состояний, несмотря на то, что формулировки вопросов не содержат в себе отсылки к ним, но в тоже время касаются конкретных аспектов поведения.

4. В каждом задании следует задавать только один вопрос или сделать только одно утверждение.

Данное правило в разрабатываемом опроснике реализовано в полной мере.

5. Необходимо, по возможности, избегать слов, определяющих частоту действий.

Минимальное число утверждений опросника имеет непосредственную привязку к частоте действий.

6. Избегание в формулировках терминов, выражающих чувства.

Исходя из специфики изучаемого феномена, индефинитные слова о чувствах далеко не в каждом случае

можно заменить посредством описания поведения. Пригодность данных пунктов будет выявлена на этапе анализа заданий.

7. При помощи инструкций необходимо обеспечить, чтобы испытуемые давали первые приходящие на ум ответы.

Руководство к заполнению разрабатываемого опросника имеет следующий вид: «Вам необходимо дать ответы на предложенные утверждения. Если Вы согласны («да»), то обводите номер утверждения в кружок; если не согласны («нет»), то зачеркивайте номер этого утверждения. Оценивая каждое из них не тратьте много времени на раздумья». Заключительная часть данного руководства нацелена **на** сокращение социально-желаемых ответов испытуемых.

2.2. Организация и этапы разработки методики экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний

Исследование проводилось в два этапа. На предварительном этапе задачей исследования являлась разработка опросника для выявления таких психоэмоциональных состояний как одиночество, невроз и депрессия. Задачи основного этапа включали: создание окончательного варианта опросника, а также изучение особенностей клинических и психологических факторов в структуре данных психоэмоциональных состояний.

Для решения задачи предварительного этапа применялись:

- клинический метод – сбор демографической и клинической информации (основные жалобы, пол, возраст, образование, семейное положение и т.д.);

- экспериментально-психологический метод включал начальный вариант опросника «Экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний» для его апробации.

Первый этап был разделен на 2 фазы. В рамках первой фазы осуществлялось непосредственное исключение пунктов, не соответствующих надежности по внутренней согласованности и валидности. В исследовании принял участие 61 человек, как из клинической, так и не клинической популяции. Задачами второй фазы были повторная проверка пунктов и непосредственное разделение их на шкалы. Выборку составили 88 человек, 35 из них находились на лечении, а 53 человека составили выборку «условно» здоровых людей.

На основном этапе исследования производилась окончательная доработка опросника, и исследование клинических и психологических факторов. В связи с данными задачами были проведены клиническое интервьюирование и наблюдение, а экспериментально-психологический метод включал комплекс методик:

- Опросник «Экспресс-диагностика психоэмоциональных состояний», разработка которого являлась специально поставленной задачей исследования;

- Сокращенных многофакторный опросник для исследования личности (Мини-Мульт) (Приложение 1). СМОЛ является адаптированным и стандартизированным вариантом психологического анкетного теста Mini-Mult, который представляет собой сокращенную форму опросника ММРІ. Методика позволяет оценить уровень нервно-эмоциональной устойчивости, степень интеграции

личностных свойств, уровень адаптации личности к социальному окружению. Тест состоит из 71 утверждения, относящихся к 11 шкалам: 8 - основных (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9) и 3 дополнительных (L, F, K). Номера шкал СМОЛ совпадают с номерами соответствующих шкал ММРІ. Каждая из основных шкал связана с определенным свойством личности.

- УНП (уровень невротизации и психопатизации) (Приложение 1) - клиническая тестовая методика, предназначенная для диагностики личностных черт невротического и психопатического уровня. Опросник включает в себя 90 утверждений разделенных на три шкалы: шкала лживости, шкала невротизации и шкала психопатизации .

- Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге (Приложение 1). Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики. Опросник включает в себя 20 утверждений.

- Дифференциальный опросник переживания одиночества Е.Н. Осина и Д.А. Леонтьева (краткий вариант) (Приложение 1). Методика представляет собой опросник, основанный на экзистенциальных представлениях об отношении личности к одиночеству, согласно которой принятие одиночества как экзистенциального факта открывает человеку возможность ценить ситуации уединения и использовать их как ресурс для аутокоммуникации и личностного роста. Неприятие или страх одиночества,

напротив, приводят к избеганию уединения, постоянному поиску социальных контактов, что становится избеганием встречи человека с самим собой и препятствием для личностного роста. Краткая версия теста состоит из 3 шкал : общее переживание одиночества, зависимость от общения и позитивное одиночество.

Всего на основном этапе было обследовано 167 человек, из них 72 человека, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Наркологический диспансер Псковской области», и 95 человек, не обращавшихся к врачам в связи со своим психоэмоциональным состоянием.

2.3. Результаты предварительного этапа исследования

Первая фаза предварительного этапа исследования была проведена с использованием начального варианта опросника «Экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний», который состоял из 40 утверждений разделенных на 3 шкалы, от 11 до 15 утверждений в каждой (Приложение 2).

С его помощью была протестирована выборка испытуемых в количестве 61 человека, из них 22 составили клиническую выборку, а 39 - не клиническую.

Обработка полученных данных по каждой шкале с помощью коэффициент α -Кронбаха, показала низкую однородность теста (Приложение 3).

Также была проведена психометрическая проверка по выделенным шкалам на основании принадлежности испытуемых к клинической или не клинической выборке (Приложение 4).

В результате полученные коэффициенты по обоим выборкам не достигали значимого показателя ($> 0,7$), тем

самым отражая низкую однородность вне зависимости от группы выборки.

Для выявления внутренней структуры была проведена факторизация эмпирических данных до собственного значения с последующим варимакс-вращением (Приложение 5). Было выделено 16 факторов (общая дисперсия – 76,679%), из них мы оставили 9 объясняющих 55,389% дисперсии, которые представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Группы утверждений, выделенные в результате факторного анализа

№	<i>Фактор 1 (8,762)</i>	Факторная нагрузка
1	Я считаю нужным что-то изменить в своей жизни	0,760
22	Мне кажется, что в последнее время я стал делать все очень медленно	0,684
24	Я начинаю сожалеть о своих неудачах, когда узнаю об успехах других	0,619
19	Помогая людям, человек в праве в дальнейшем ожидать от них особого отношения к себе	0,612
39	Никто не знает меня настоящего (настоящую)	0,497
27	Меня преследует чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть	0,495
23	Я достаточно ранимый человек, но не демонстрирую это	0,446
14	В последнее время меня стало сложно чем-либо по-настоящему обрадовать	0,378
	<i>Фактор 2 (6,500)</i>	Факторная нагрузка
2	Я живу в гармонии с самим (самой) собой, но не с окружающими людьми	0,731
40	Окружающие недостаточно ценят мой труд (на работе, дома)	0,675
9	Я без особого интереса слушаю рассказы новых знакомых	0,522
10	Мне не комфортно, когда я остаюсь один (одна)	-0,516
32	Меня возмущает, если люди не признают своих ошибок	-0,437
	<i>Фактор 3 (6,256)</i>	
18	Я не ставлю высоких целей, потому что объективно оцениваю свои возможности	0,622
31	Я стал более подавленным (ой) и угнетенным (ой) чем раньше	0,596
11	Я уверен(а), что в будущем у меня произойдет что-то хорошее	0,513
21	Я не общительный человек	0,459
15	В последние две недели я стал(а) замечать, что люди меня почему-то сторонятся	0,427

12	Я не испытываю удовлетворения, пока не получу все, чего я заслуживаю	-0,419
<i>Фактор 4 (6,199)</i>		
38	В последние две недели я часто предаюсь грустным размышлениям	-0,758
36	Я практически никогда не думаю о своих недостатках	0,707
17	Мне легко подружиться с людьми в любой компании	0,516
<i>Фактор 5 (6,063)</i>		
28	Мне неприятно, когда люди не умеют сдерживаться и открыто проявляют свои чувства	-0,704
26	Я считаю, что мои близкие и друзья по-настоящему обо мне не беспокоятся	0,666
16	Обычно я все принимаю близко к сердцу	0,579
20	Даже после восьмичасового сна я чувствую себя неотдохнувшим(ей)	0,445
29	В последние 2 недели у меня возникает чувство, что во многих неприятностях виноват(а) я сам(а)	0,440
37	Моя жизнь заполнена делами, которые мне не интересны	-0,388
<i>Фактор 6 (6,051)</i>		
33	Я не могу ничего делать из-за усталости	0,783
25	Я больше отдаю людям, чем получаю от них	0,683
35	За последние две недели я часто ощущал(а) беспричинное беспокойство	0,480
<i>Фактор 7 (5,546)</i>		
30	Я редко беспокоюсь о своем здоровье	0,686
6	Я начинаю тревожиться и нервничать, когда приходится ждать	0,641
4	В последнее время мой вес постоянен	-0,487
7	В последние две недели большую часть времени я чувствую себя бодрым	-0,358
<i>Фактор 8 (5,256)</i>		
34	Люди, которым я не нравлюсь, на самом деле недооценивают меня	0,689
13	В моем окружении всегда есть люди, которым я могу обратиться за помощью	-0,542
5	В последние две недели у меня без видимых причин меняется настроение	-0,331
<i>Фактор 9 (4,756)</i>		

3	В последние две недели я плохо засыпаю, и меня тревожат разные мысли	0,739
8	В моем окружении нет людей, которые по-настоящему понимают меня	0,670

В таблице 2 группы утверждений, определённые по результатам факторизации были подвержены психометрической проверке.

Таблица 2.

Показатели надежности (внутренней согласованности) шкал разработанного опросника

Факторы	Альфа Кронбаха	Количество пунктов
1	0,745	9
2	0,628	6
3	0,666	7
4	0,498	4
5	0,542	7
6	0,814	4
7	0,576	5
8	0,640	4
9	0,853	3

Большинство групп утверждений, выделенных на основе факторного анализа по показателю α -Кронбаха не прошли проверку на надежность, что может указывать на отсутствие взаимных корреляций переменных. Таким образом, в данной версии опросника отсутствует внутренняя согласованность оценок достоверности результатов теста.

Для дальнейшей разработки, на основании подсчитанных показателей, были отобраны пригодные: в первую очередь исключались показатели, имеющие корреляцию с итоговым баллом, близкую к нулю (Приложение 6).

Для последующего анализа было отобрано 24 утверждения. В нескольких вопросах было принято решение изменить формулировки в связи с затруднениями при ответах испытуемых. Например: «В последние две недели я стал более подавленным и угнетенным» - испытуемые, находящиеся на стационарном лечении, в данном случае уже имеют установку на согласие.

Вторая фаза предварительного этапа была проведена с использованием исправленной версии первоначального опросника и состояла из 24 утверждений (Приложение 7).

Так как количество вопросов было сокращено, необходимо провести повторный факторный анализ для выявления вновь образованной внутренней структуры. В данном варианте опросника факторный анализ выявил 9 факторов, объясняющих 63,29% дисперсии (Приложение 8). На основе данного анализа, утверждения были разделены на 6 шкал в соответствии с выделенными факторами, объясняющими 49,35% дисперсии. Результаты приведены в таблице 3.

Таблица 3.

Внутренняя структура исправленного варианта опросника «Экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний», выделенная в результате факторного анализа

№	<i>Вторичные преимущества болезни (10,160)</i>	Факторная нагрузка
14	Я уверен (а), что в будущем у меня произойдет что-то хорошее	0,819
16	Я начинаю сожалеть о своих неудача, когда узнаю об успехах других	0,679
12	Помогая людям, человек в праве в дальнейшем ожидать от них особого отношения к себе	0,567
15	Я достаточно ранимый человек, но не демонстрирую это	0,562
1	Я считаю нужным что-то изменить в своей жизни	0,524
18	Меня преследует чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть	0,428
	<i>Депрессивная симптоматика (8,996)</i>	
20	Я не могу ничего делать из-за усталости	0,647
4	Я не ставлю высоких целей, потому что объективно оцениваю свои возможности	0,597
22	Я стал(а) более подавленным (ой) и угнетенным (ой) чем раньше	0,580
21	Люди, которым я не нравлюсь, на самом деле недооценивают меня	-0,546

17	Моя жизнь заполнена делами, которые мне не интересны	0,519
3	Мне не комфортно, когда я остаюсь один (одна)	-0,372
	<i>Субъективное ощущение одиночества (8,831)</i>	
2	Я живу в гармонии с самим (самой) собой, но не с окружающими людьми	0,712
8	Я начинаю тревожиться и нервничать, когда приходится ждать	-0,653
7	Я без особого интереса слушаю рассказы новых знакомых	0,511
9	Я стал замечать, что люди меня почему-то сторонятся	0,451
	<i>Страхи барьеры самораскрытия в общении (8,205)</i>	
6	В моем окружении нет людей, которые по-настоящему понимают меня	0,784
24	Никто не знает меня настоящего (настоящую)	0,547
19	Мне легко подружиться с людьми в любой компании	0,518
	<i>Соматическая симптоматика (6,787)</i>	Факторная нагрузка
10	Я редко беспокоюсь о своем здоровье	0,684
5	Мне кажется, что я стал делать все очень медленно	0,589
11	В последнее время мой вес постоянен	-0,570
	<i>Уход от проблем (6,374)</i>	
13	Я не общительный человек	0,782
23	Я практически никогда не думаю о своих недостатках	0,456

Новая структура исправленного варианта опросника была подвергнута проверке внутренней согласованности утверждений каждой из шкал. Также была проведена проверка теста в целом и была выявлена его низкая однородность ($0,551 < 0,7$) и результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Показатели надежности (внутренней согласованности) шкал исправленного варианта разработанного опросника

Шкалы	Альфа Кронбаха	Количество пунктов
Вторичные преимущества болезни	0,751	7
Депрессивная симптоматика	0,736	7
Субъективное ощущение одиночества	0,748	5
Страхи барьеры самораскрытия в общении	0,783	4
Соматическая симптоматика	0,717	4
Уход от проблем	0,799	3

Для дальнейшей работы с данными необходимо провести процедуру стандартизации, то есть соотнесения средних показателей с индивидуальными. Используя показатели «среднее» и «стандартное отклонение» по каждой из шкал, мы разделили сырые баллы на три диапазона: низкий, средний и высокий. Средний диапазон: среднее значение плюс-минус стандартное отклонение.

Таким образом, общий балл (сумма по всем отдельно выделенным шкалам) отражает нарушение в психоэмоциональном состоянии человека, а высокие показатели по каждой из отдельных шкал позволяют уточнить наиболее актуальную причину этого дисбаланса.

Шкала «вторичные преимущества болезни»: средний диапазон от 7 до 10 сырых баллов. Высокие показатели характерны для личности, стремящейся избежать необходимости соответствовать высоким требованиям, предъявляемым обществом к личности или ей к себе самой. Неспособность преодолевать жизненные трудности посредством болезни становится оправданием бездействия и смягчает навязанное человеком самому себе чувство вины. В основе может лежать потребность получать заботу, помощь,

любовь, внимание от окружающих, а также желание избежать неприятной ситуации или решения сложной проблемы.

Шкала «депрессивная симптоматика»: средний диапазон от 8 до 9 сырых баллов. Высокие показатели характеризуются изменением самооценки, пессимистическим образом мышления, негативным восприятием собственной личности, снижением настроения, интересов и потребностей, а также замедлением психической деятельности.

Шкала «субъективное переживание одиночества»: средний диапазон от 5 до 6 сырых баллов. Высокие показатели отражают выраженный эмоциональный дискомфорт, возможны низкая терпимость к отрицательным переживаниям, тревожность, повышенная чувствительность к отвержению и неудачам, а также неуверенность в себе, ощущение беспомощности, некомпетентности и недоверия к окружающим.

Шкала «фрустрация потребности в самораскрытии»: средний диапазон от 4 до 5 сырых баллов. Высокие показатели отражают нарушение саморегуляции, проявляющиеся в проблемах получения эмоциональной разрядки и поддержки, осмысления затруднительных ситуаций посредством вербального анализа, снижения ощущения собственной значимости, а также неадекватности в проявлении доверия, что может стать причиной не только психологического дисбаланса, но и различных психических и соматических заболеваний.

Шкала «соматическая симптоматика»: средний диапазон от 4 до 5 сырых баллов. Высокие показатели характеризуются

повышением сосредоточенности на сфере своего самочувствия и тенденцией к болезненным реакциям в отдельных органах или организме в целом, что является следствием переработки эмоциональной напряженности.

Шкала «уход от проблем»: средний показатель 3 сырых балла. Высокие показатели отражают тенденцию к выполняющему компенсаторно-адаптационную функцию уходу от обыденной реальности, которому сопутствуют отчуждение от социального окружения и зависимость от средств осуществления этого ухода.

2.4. Результаты основного этапа исследования

В ходе основного этапа было обследовано 167 человек, из них 72 человека, находились на стационарном лечении, а 95 человек, не обращались к врачам в связи со своим психоэмоциональным состоянием.

Для анализа конвергентной валидности методики был проведен корреляционный анализ ее шкал с оценками по шкалам опросника Мини-Мульт, методики УНП, методики Зунга и дифференциального опросника одиночества (краткая версия).

Перед проведением корреляционного анализа, все данные были переведены в Z-оценки, так как изначальные результаты всех тестов выражаются в различных статистически несопоставимых единицах. При интерпретации шкал опросника УНП необходимо учитывать, что они являются обратными, т.е. низкие показатели говорят о наличии проявлений невротизации и психопатизации.

Также было выявлено, что распределение критериев отличается от нормального, поэтому был применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена (Приложение 9), на основе которого построена корреляционная плеяда отображенная на рисунке 2.

Таким образом, были получены прямо пропорциональные взаимосвязи между показателями шкалы «вторичные преимущества болезни» и шкалы «субъективное переживание одиночества» ($r = 0,316$; при $p \leq 0,01$); шкалы «вторичные преимущества болезни» и общее одиночество ($r = 0,382$; при $p \leq 0,01$); шкалы «вторичные преимущества болезни» и зависимость от общения ($r = 0,258$; при $p \leq 0,01$), а также обратно пропорциональные взаимосвязи между показателями шкалы «вторичные преимущества болезни» и позитивным одиночеством ($r = - 0,855$; при $p \leq 0,01$).

Это значит, что чем больше выражены показатели эмоционального дискомфорта, тревожности, нехватки эмоциональной близости, ситуативного негативного отношения к одиночеству, стремления к общению, тем более будет выражена потребность получать заботу, любовь, помощь и внимание окружающих, и тем менее - способность личности находить ресурс в ситуациях уединения.

Прямопропорциональные взаимосвязи отмечаются между показателями шкалы «депрессивной симптоматики» и шкалы «соматической симптоматики» ($r = 0,420$; при $p \leq 0,01$); шкалы «депрессивной симптоматики» и шкалы «уход от проблем» ($r = 0,336$; при $p \leq 0,01$); шкалы «депрессивной симптоматики» и шкалы депрессии Зунга ($r = 0,899$; при $p \leq 0,01$); шкалы «депрессивной симптоматики» и шкалы ипохондрии ($r = 0,219$; при $p \leq 0,01$); шкалы «депрессивной симптоматики» и шкалы депрессии ($r = 0,229$; при $p \leq 0,01$); шкалы «депрессивной симптоматики» и шкалы истерии ($r = 0,275$; при $p \leq 0,01$); шкалы «депрессивной симптоматики» и шкалы паранойи ($r = 0,183$; при $p \leq 0,05$); шкалы

«депрессивной симптоматики» и шкалы психастении ($r=0,166$; при $p \leq 0,05$); шкалы «депрессивной симптоматики» и невротизации ($r= - 0,449$; при $p \leq 0,01$).

Это значит, что чем больше выражены показатели ухода от обыденной реальности и отчуждения, депрессивного состояния, фиксации на соматическом здоровье, эмоциональной лабильности, реакции тревоги как ситуационно-обусловленного состояния психики и невротизации, тем более будут выражены негативное восприятие собственной личности, пессимистический образ мышления, снижение настроения, интересов и потребностей.

Прямопропорциональные взаимосвязи можно отметить между показателями шкалы «субъективное переживание одиночества» и шкалы «фрустрации потребности в общении» ($r= 0,234$; при $p \leq 0,01$); шкалы «субъективное переживание одиночества» и общего одиночества ($r= 0,925$; при $p \leq 0,01$); шкалы «субъективное переживание одиночества» и зависимости от общения ($r= 0,289$; при $p \leq 0,01$); шкалы «субъективное переживание одиночества» и шкалы психопатии ($r= 0,170$; при $p \leq 0,05$); шкалы «субъективное переживание одиночества» и шкалы шизоидности ($r= 0,171$; при $p \leq 0,05$), а также обратно пропорциональные взаимосвязи между показателями шкалы «субъективное переживание одиночества» и позитивного одиночества ($r= - 0,346$; при $p \leq 0,01$).

Это значит, что чем больше выражены показатели нарушения саморегуляции, проблемы получения эмоциональной разрядки и поддержки, нехватки эмоциональной близости, негативного отношения к

одиночеству и поиска общения, импульсивности, спонтанности поведения, выраженности индивидуального, субъективного в высказываниях и социальной адаптации, тем более будут выражены эмоциональный дискомфорт, тревожность, повышенная чувствительность к отвержению и неудачам, и тем меньше будет выражена способность личности находить ресурс в ситуациях уединения.

Были получены прямо пропорциональные взаимосвязи между показателями шкалы «фрустрация потребности в общении» и шкалы «субъективное переживание одиночества» ($r = 0,234$; при $p \leq 0,01$); шкалы «фрустрация потребности в самораскрытии» и общего одиночества ($r = 0,238$; при $p \leq 0,01$); шкалы «фрустрация потребности в общении» и зависимости от общения ($r = 0,833$; при $p \leq 0,01$); обратно пропорциональные взаимосвязи отмечаются между шкалой «фрустрация потребности в самораскрытии» и позитивным одиночеством ($r = -0,158$; при $p \leq 0,05$).

Это значит, что чем больше выражены показатели нехватки эмоциональной близости или контактов с людьми, осознания себя как одинокого, нарушения саморегуляции, неадекватности в проявлении доверия, негативного отношения к одиночеству и поиска общения, тем более будут выражены эмоциональный дискомфорт, некомпетентность и недоверие к окружающим, тем менее будет выражена способность личности находить ресурс в уединении.

Прямопропорциональные взаимосвязи отмечаются между показателями шкалы «соматическая симптоматика» и шкалы «депрессивная симптоматика» ($r = 0,420$; при $p \leq 0,01$); шкалы «соматическая симптоматика» и шкалы «уход

от проблем» ($r = 0,361$; при $p \leq 0,01$); шкалы «соматическая симптоматика» и шкалы депрессии Зунга ($r = 0,447$; при $p \leq 0,01$); шкалы «соматическая симптоматика» и шкалы депрессии ($r = 0,288$; при $p \leq 0,01$); шкалы «соматическая симптоматика» и шкалы истерии ($r = 0,249$; при $p \leq 0,01$); шкалы «соматическая симптоматика» и шкалы психопатии ($r = 0,168$; при $p \leq 0,05$); шкалы «соматическая симптоматика» и шкалы паранойи ($r = 0,232$; при $p \leq 0,01$); шкалы «соматическая симптоматика» и шкалы психастении ($r = 0,272$; при $p \leq 0,02$); шкалы «соматическая симптоматика» и шкалы шизоидности ($r = 0,171$; при $p \leq 0,05$); шкалы «соматическая симптоматика» и невротизации ($r = -0,871$; при $p \leq 0,02$).

Это значит, что чем больше выражены показатели негативной самооценки, пессимистического образа мышления, ухода от обыденной реальности, депрессивных проявлений, эмоциональной лабильности, соматического неблагополучия, затруднения в социальной адаптации, асоциальных тенденций, ригидности, выраженности индивидуального, субъективного в высказываниях и социальной адаптации и невротизации, тем более будет выражена сосредоточенность на сфере своего самочувствия с тенденцией к болезненным реакциям в отдельных органах или организме в целом.

Были получены прямо пропорциональные взаимосвязи между показателями шкалы «уход от проблем» и шкалы «депрессивная симптоматика» ($r = 0,336$; при $p \leq 0,01$); шкалы «уход от проблем» и шкалы «соматическая симптоматика» ($r = 0,361$; при $p \leq 0,01$); шкалы «уход от

проблем» и шкалы депрессии Зунга ($r = 0,339$; при $p \leq 0,01$); шкалы «уход от проблем» и шкалы психастении ($r = 0,214$; при $p \leq 0,01$); шкалы «уход от проблем» и шкалы шизоидности ($r = 0,159$; при $p \leq 0,05$); шкалы «уход от проблем» и невротизации ($r = -0,228$; при $p \leq 0,01$).

Это значит, что чем больше выражены показатели негативного восприятия собственной личности, снижения настроения, фиксации на своем самочувствии, депрессивного состояния, тревожности, выраженности индивидуального, субъективного в высказываниях и социальной адаптации и невротизации, тем более будет выражена тенденция к уходу от обыденной реальности с отчуждением от социального окружения и зависимостью от средств осуществления этого ухода.

Таким образом, обращают на себя внимание наличие и характер значимых взаимосвязей, то есть каждая из разработанных шкал имеет прямо пропорциональную взаимосвязь с состоянием, соответствующими ее характеристикам.

Для подтверждения полученных результатов дополнительно была проведена оценка экспертами содержательной валидности опросника. Для данной цели были разработаны 2 версии бланка оценок.

В первой версии предлагалось выбрать к какому изучаемому психоэмоциональному состоянию в большей степени относится каждое из утверждений. Экспертами выступили кандидаты психологических наук, доценты кафедры психологии и сопровождения развития ребёнка Псковского государственного университет. Стаж научно-

педагогической деятельности составляет более 20 лет. Количество экспертов – 7 человека.

Исходя из результатов и комментариев, полученных от экспертов можно отметить, сложность дифференциации утверждений в соответствии с измеряемыми состояниями, в связи с выделенным ещё на этапе теоретического анализа относительно унифицированным механизмом этиопатогенеза.

Во второй версии задачей экспертов являлась оценка соответствия между названиями шкал, отражающих их направленность, и утверждениями, из которых они состояли. Экспертами стали 2 специалиста: медицинский психолог, руководитель психологической службы ГБУЗ «Наркологический диспансер Псковской области», а также главный психиатр психоневрологического отделения ГБУЗ «Наркологический диспансер Псковской области». Стаж их профессиональной деятельности также больше 20 лет.

При оценке пригодности содержания утверждений опросника относительно выделенных шкал, оба эксперта признали одно из утверждений не соответствующим спецификации рассматриваемой шкалы и рекомендовали его к замене.

Выводы по 2 главе

Целью данной части исследования являлась непосредственно разработка методики экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний и соответствующей проверки ее надежности и валидности. Для выполнения данных условий исследование было поделено на два этапа.

Первый этап заключался в проведении пилотажного исследования с последующим отсевом утверждений не соответствующих разрабатываемой теме, а также проведение повторного исследования для утверждения внутренней структуры и конечной формы опросника.

В пилотажном исследовании принял участие 61 человек (22-клиническая выборка, а 39 - не клиническая). В повторном исследовании количество испытуемых возросло и составило 88 человек (35 - находились на лечении, 53 - «условно» здоровых). Результатом этого этапа стало сокращение количества утверждений до 24 (изначальное количество 40), а вместо трех шкал было выделено шесть.

Второй этап являлся основным и в качестве испытуемых было привлечено 167 человек (клиническая выборка - 72; не клиническая - 95). Данный этап был посвящен окончательной проверке опросника посредством установления конкурентной валидности, по результатам которой были выявлены значимые взаимосвязи между шкалами разработанного опросника и изучаемыми психоэмоциональными состояниями. Что касается внутренних корреляций, то можно выделить два блока взаимосвязей. В первый блок вошли «депрессивная симптоматика», «соматическая симптоматика» и «уход от

проблем», что в большей степени характеризует депрессивное состояние, а во второй – «субъективное переживание одиночества», «фрустрация потребности в самораскрытии» и «вторичные преимущества болезни», которые имеют связь с одиночеством, а при его усугублении выходят на невротический уровень. С помощью экспертов также была проведена оценка содержательной валидности.

Глава 3. Эмпирическое исследование особенностей нарушенных компонентов в структуре психоэмоциональных состояний в клинической и не клинической выборке

3.1. Особенности психоэмоциональных состояний клинической выборки

В клиническую выборку вошли 72 человека находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Наркологический диспансер Псковской области».

С помощью шкалы депрессии, были получены следующие результаты, которые представлены на рисунке 3.



Рис.3. Процентное распределение клинической выборки по уровню выраженности депрессивного состояния (n = 72).

По самооценочной шкале депрессии Зунга у 11,1% испытуемых были получены высокие результаты квалифицируемые как выраженная депрессия и характеризующиеся присутствием на данный момент в структуре психического состояния подавленности, тоскливости, а также психической и моторной заторможенности. Депрессивный аффект сопровождается

переживанием собственной малоценности, легкостью формирования интрапунитивных реакций, мрачной оценкой актуальной жизненной ситуации и отсутствием надежд на будущее. Выражены физиологические (соматические) компоненты депрессии.

Умеренной степени депрессии подвержено 33,3% клинической выборки. В структуре их психического состояния определяется снижение фона настроения, уровня активности, работоспособности и способности к адекватному реагированию (эмоциональной вовлеченности), которое сопровождается переживаниями недостаточной ценности собственной личности, пессимистической оценкой перспективы, психастеническими затруднениями в ситуациях принятия решений. Имеются физиологические компоненты депрессии.

В состоянии легкой депрессии находятся 30,6% испытуемых, у которых в настоящее время на фоне легкой депремированности и снижения психологического дискомфорта проявляется пониженная самооценка, недостаточная уверенность в себе при осуществлении межличностных контактов и в ситуациях принятия решений, неуверенность в будущем. Характерно ощущение некоторого физического недомогания, незначительные астенические проявления (некоторая утомляемость, трудности сосредоточения, раздражительность).

У 25% клинической выборки на момент обследования снижение фона настроения, физиологических признаков депрессии, а также психологических переживаний не было выявлено. Настроение имеет ровный устойчивый характер,

уровень активности, работоспособности, а также самооценки и уверенности в будущем не снижен.

С помощью «Дифференциальный опросник переживания одиночества», были получены следующие результаты, которые представлены на рисунке 4.

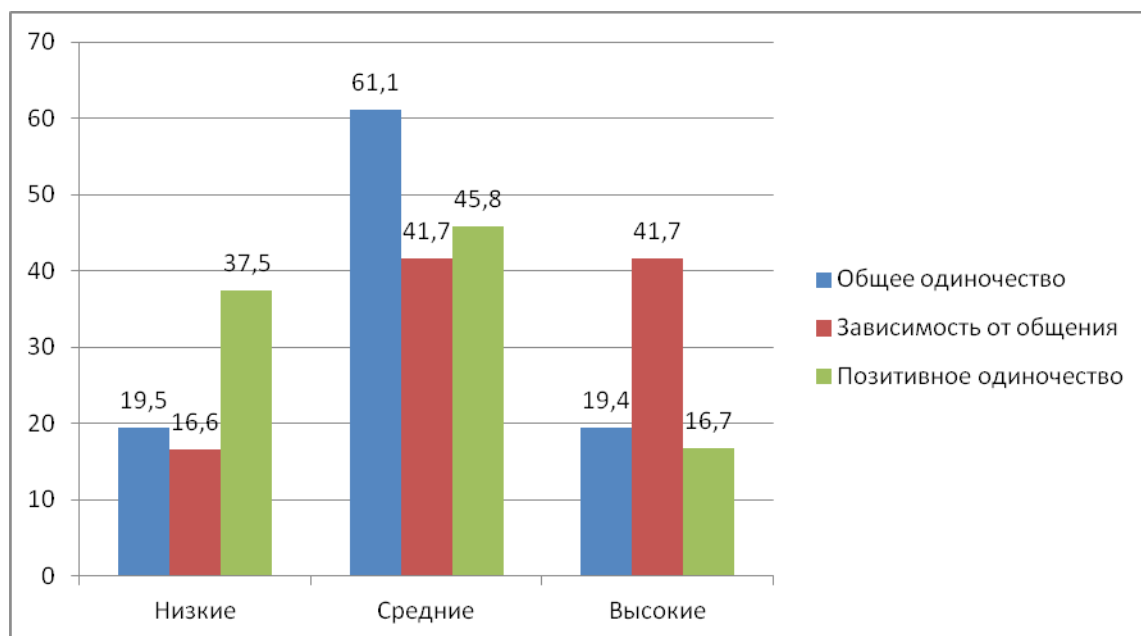


Рис.4. Процентное распределение клинической выборки по уровню переживания одиночества (n = 72).

«Общее одиночества» - 19,4% обладают высокой степенью выраженности переживания изоляции, нехватки эмоциональной близости или контактов с людьми и осознания себя как одинокого, изолированного человека. 61,1% испытуемых имеют средние показатели, а 19,5% - низкие.

«Зависимость от общения» - 41,7% клинической выборки продемонстрировали высокие показатели по данной шкале, что может свидетельствовать о ситуативном негативном отношении к одиночеству и, поиску общения. 41,7% продемонстрировали средний уровень выраженности данного

отношения, а 16,6% - низкий, что может свидетельствовать о толерантном отношении к одиночеству, и возможном отказе от поиска общения.

«Позитивное одиночество» - 16,7% испытуемых имеют высокий показатель, что может отражать способность испытуемых находить ресурс в уединении, творчески использовать его для самопознания и саморазвития. 37,5% испытуемых имеет низкие показатели по данной шкале, что свидетельствует о неспособности находить ресурс в ситуациях уединения и отсутствие положительных эмоций в связи с этим уединением. У 45,8% клинической выборки средние показатели по данной шкале.

На основе результатов исследования типов межличностных были получены данные, отраженные на рисунке 5.

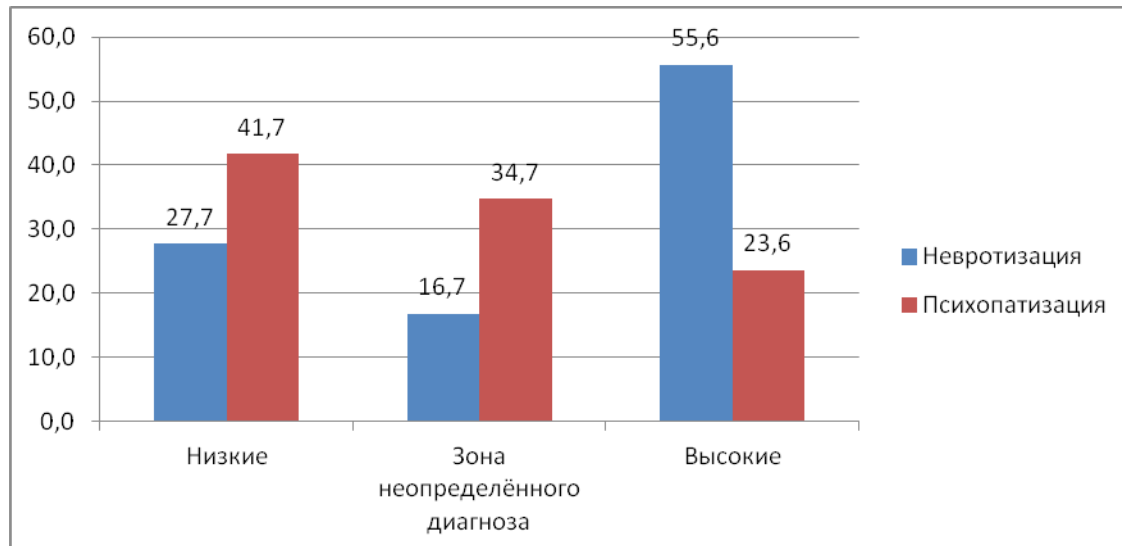


Рис.5. Процентное распределение клинической выборки по уровню выраженности невротизации и психопатизации (n = 72).

По шкале невротизации высокий уровень выявлен у 55,6% клинической выборки, т. е. у них может наблюдаться

выраженная эмоциональная возбудимость вызывающая различные негативные состояния (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность). Безынициативность формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний.

У 27,7% отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний. Оптимизм и инициативность, простота в реализации своих желаний формирует чувство собственного достоинства, социальную смелость, независимость, легкость в общении, а это в свою очередь свидетельствует о низком уровне выраженности невротизации.

В зоне неопределенного диагноза находятся 16,7% испытуемых.

Рисунок свидетельствует о том, что у 23,6% человек, находящихся на лечении преобладает высокий уровень психопатизации, что свидетельствует о беспечности и легкомыслии, холодном отношении к людям, упрямстве в межличностных взаимодействиях. Этим лицам присуща тенденция к выходу за рамки общепринятых норм морали, что может приводить к непредсказуемости их поступков и созданию конфликтных ситуаций.

41,7% имеют низкие показатели по шкале психопатизации, что может говорить об осмотрительности, уступчивости, ориентированности на мнение окружающих, о приверженности к строгому соблюдению общепринятых правил и норм поведения.

Результаты исследования 34,7% человек находятся в зоне неопределенного диагноза.

На рисунке 6 представлены результаты, полученные с помощью методики СМОЛ, направленной на оценку нервно-эмоциональной устойчивости, адаптации и интеграции личностных свойств.

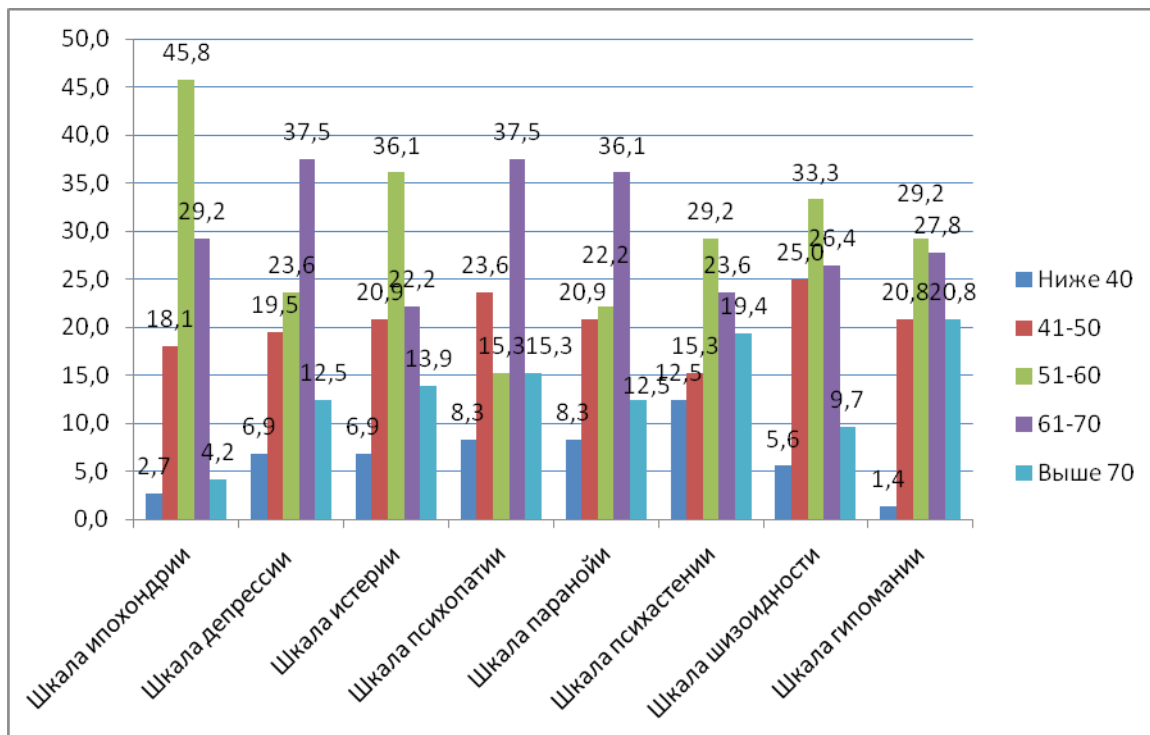


Рис.6. Процентное распределение клинической выборки по степени выраженности личностных особенностей.

По шкале ипохондрии у 45,8% испытуемых показатели находятся в интервале 51-60. Тенденция к высоким показателям отмечается у 29,2%, в то время как высокие отмечаются лишь у 4,2% клинической выборки, что проявляется в общем плохом самочувствии, снижении продуктивности, потребность в сочувствии, требовательности и напряженности в лечении, невротическом сверхконтроле, зажатости. Очень низкие показатели выявлены у 2,7%, что отражает их энергичность, успешность в разрешении своих трудностей и не озабоченности состоянием своего здоровья.

По шкале депрессии преобладают показатели, находящиеся в интервале 61-70 и составляют 37,5% от клинической выборки. Высокие показатели отмечаются у 12,5% испытуемых и могут отражать резкое разочарование после неудачи или заболевания, острое переживание неуспеха, чувство вины, неуверенность, также имеется склонность к депрессивным реакциям и волнению, фон настроения снижен, отмечается недостаток оптимизма. Очень низкие показатели характерны 6,9%, указывают на низкий уровень тревоги, активность, общительность, ощущение своей значимости, силы, бодрости, энергии, а показатели 19,5% испытуемых находятся в интервале 41-50 Т-баллов.

По шкале истерии 36,1% имеет показатели, находящиеся в интервале от 51 до 60 баллов. Тенденцию к высоким результатам имеют 22,2%, а высокие 13,9%, у которых можно отметить высокую эмоциональную лабильность, эгоцентричность установок и некоторую театральность в поведении. На неудачи и разочарования могут реагировать развитием вегетативных и других функциональных реакций. Характерно сочетание стремления подчеркнуть соматическое неблагополучие с тенденцией отрицать затруднения в социальной адаптации. В интервале 42-50 Т-баллов находятся 20,9% испытуемых, а очень низкие показатели выявлены у 6,9% испытуемых со склонностью к интроверсии, скептицизму, недостаточная спонтанность в социальных контактах.

По шкале психопатии наиболее выражены показатели, находящиеся в интервале от 61 до 70 баллов. Высокими

показателями обладают 15,3% клинической выборки, что указывает на их высокую импульсивность, эмоциональную незрелость, неудовлетворенность жизнью, ощущение неприспособленности, переживание несправедливости и непонимания со стороны окружающих. Очень низкие показатели отмечаются у 8,3% испытуемых с низкой мотивацией к достижению цели, отсутствием импульсивности, хорошим самоконтролем, невыраженным честолюбием, отсутствием лидерских черт и конформизмом. У 26,6% испытуемых, результаты находятся в интервале от 41 до 50, а у 15,3% - от 51 до 60 Т-баллов.

По шкале паранойи тенденцию к высоким показателям имеют 36,1% испытуемых, 22,2% - от 51 до 60, а 20,9% испытуемых имеют результаты в интервале от 41 до 50 баллов. Высокие имеют 12,5% испытуемых, характеризующиеся ригидностью, склонностью к систематизации накопленного опыта. У них имеется тенденция к сверхценным идеям отношения, ревности, зависти. Могут быть повышенными подозрительность, обидчивость, упрямство, упорство в достижении цели. Для 8,3% клинической выборки характерны низкие показатели, которые связаны с недоверчивостью, осторожностью, настроение преимущественно ровное и спокойное, без периодов напряженности или неудовлетворенности.

По шкале психастении преобладают показатели, находящиеся в интервале от 51 до 60 баллов и отмечаются у 29,2%. Тенденцию к высоким показателям имеют 23,6%, а высокие - 19,4%, для которых характерны низкий порог фрустрации, напряженность, избыточная самокритичность,

также возможна склонность к навязчивому беспокойству, вплоть до создания системы «ритуального поведения». Низкие показатели отмечаются у 12,5% клинической выборки и характеризуют их как решительных личностей с гибким поведением, низким уровнем тревожности и уверенностью в принятии решений. У 15,3% результаты находятся в интервале от 41-50 Т-баллов.

По шкале шизоидности у 33,3 результаты находятся в интервале от 51 до 60 баллов. у 25% - от 41 до 50 баллов, а тенденция к высоким показателям отмечается у 26,4%. Высокие баллы характерны для 9,7% клинической выборки, что указывает на их эмоциональную холодность, своеобразность суждений, склонность к фантазированию, своеобразии иерархии ценностей, а также трудности в социальной адаптации. Очень низкие показатели выявлены у 5,6%, что может охарактеризовать их как лиц не имеющих выраженной индивидуальности, оригинальности в мыслях и поступках, но хорошо адаптирующихся среди лиц с подобными тенденциями.

По шкале гипомании отмечается подъем показателей в интервале от 51 до 60 баллов и составляет 29,2% от клинической выборки. Тенденцию к высоким показателям имеют 27,8% испытуемых, а высокие показатели отмечаются у 20,8%, указывая на их неустойчивость, переоценку своей личности, сверхактивность, склонность к быстрому изменению настроения, а также тенденцию к социальной дезадаптации. Такое же количество людей имеет результаты находящиеся в интервале от 41 до 50 баллов. Очень низкие показатели характерны для 1,4% испытуемых и могут

проявляться в виде недостатка побуждений, неспособности испытывать удовлетворение, снижении активности, легко возникающем чувстве вины и недостаточной оценке собственных возможностей.

С помощью «Экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний», были получены следующие результаты, которые представлены на рисунке 7.

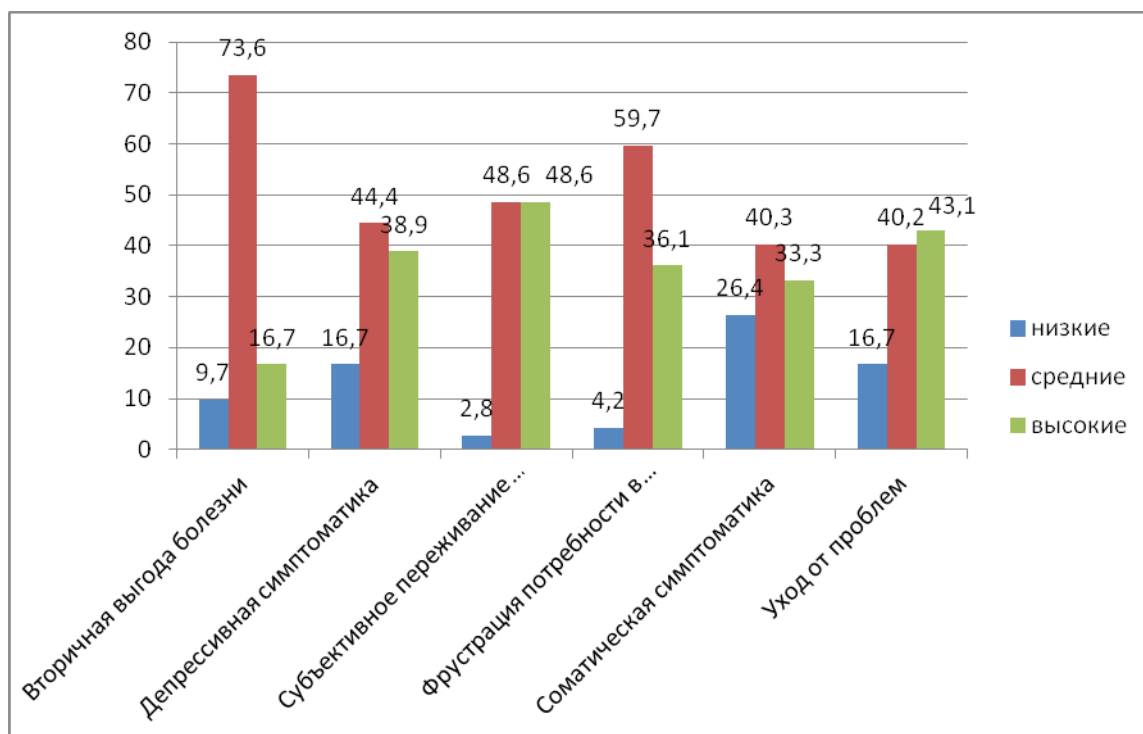


Рис.7. Процентное распределение клинической выборки по выраженности компонентов психоэмоциональных состояний.

По шкале «вторичная выгода болезни» высокие показатели были выявлены у 16,7%, что может указывать на неспособность преодолевать жизненные трудности, а болезнь становится главным оправданием бездействия и смягчает навязанное человеком самому себе чувство вины. В основе может лежать потребность получать заботу, помощь, любовь, внимание от окружающих, а также желание избежать неприятной ситуации или решения сложной проблемы.

По шкале «депрессивная симптоматика» 38,9% испытуемых с высокими показателями характеризуются снижением самооценки, трудностями концентрации внимания, снижением активности волевой сферы, ухудшением эмоционального отклика на события окружающей среды.

По шкале «субъективное переживание одиночества» 48,6% клинической выборки имеют высокие показатели, отражающие эмоциональный дискомфорт, социальную дезадаптацию, возможны низкая терпимость к отрицательным переживаниям, тревожность, повышенная чувствительность к отвержению и неудачам.

По шкале «фрустрация потребности в общении» высокие показатели выявляются у 36,1% исследуемой выборки, что свидетельствует о нарушении саморегуляции, проявляющиеся в проблемах получения эмоциональной разрядки и поддержки, осмысления затруднительных ситуаций посредством вербального анализа, снижения ощущения собственной значимости.

По шкале «соматическая симптоматика» 33,3% испытуемых обладают высокими показателями, которые проявляются в выраженной эмоциональной напряженности, фиксации на своем соматическом здоровье, с тенденцией к болезненным реакциям в отдельных органах или организме в целом.

По шкале «уход от проблем» у 43,1% клинической выборки высокие показатели отражают тенденцию к выполняющему компенсаторно-адаптационную функцию уходу от обыденной реальности, которому сопутствуют

отчуждение от социального окружения и зависимость от средств осуществления этого ухода.

3.2. Особенности психоэмоциональных состояний в не клинической выборке

В не клиническую выборку было включено 95 человек, не обращавшихся к врачам в связи со своим психоэмоциональным состоянием.

С помощью методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунга были получены следующие результаты, которые представлены на рисунке 8.

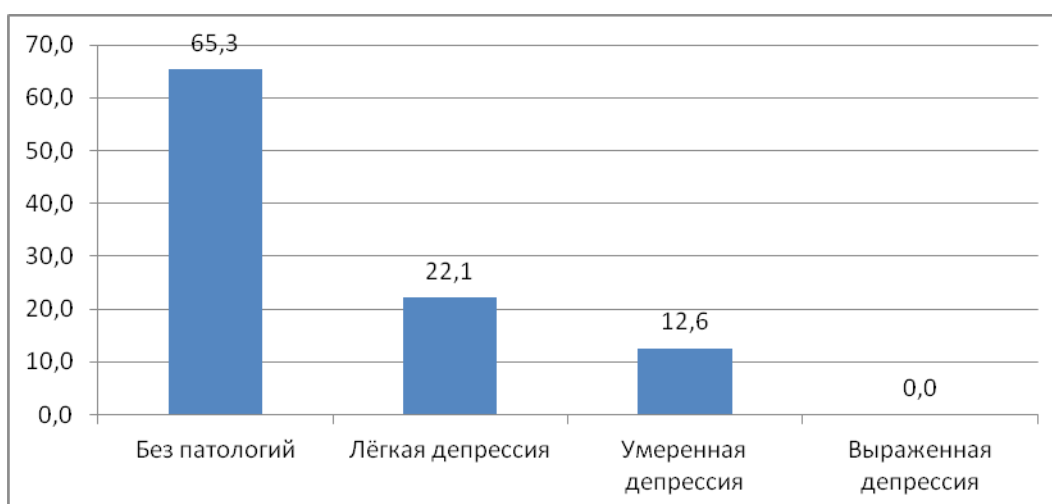


Рис.8. Процентное распределение не клинической выборки по уровню выраженности депрессивного состояния (n = 95).

В не клинической выборке испытуемых со значительным снижением фона настроения, сопровождающего выраженную депрессию не было выявлено.

Умеренной степени депрессии подвержено 12,6% не клинической выборки, для которых характерны уменьшение количества желаний, снижение эмоциональной

вовлеченности, общего фона настроения, производительности труда и отсутствия побуждений к деятельности.

В состоянии легкой депрессии находятся 22,1% испытуемых, испытывающие снижение самооценки и уверенности в себе, вялость, апатию, трудности сосредоточения и раздражительность.

У 65,3% не клинической выборки на момент обследования настроение имело устойчивый характер, а самооценка, уровень активности, работоспособности и уверенности в будущем не были снижены, что свидетельствует об отсутствии физиологических признаков депрессии и психологических переживаний.

С помощью «Дифференциальный опросник переживания одиночества», были получены следующие результаты, которые представлены на рисунке 9.

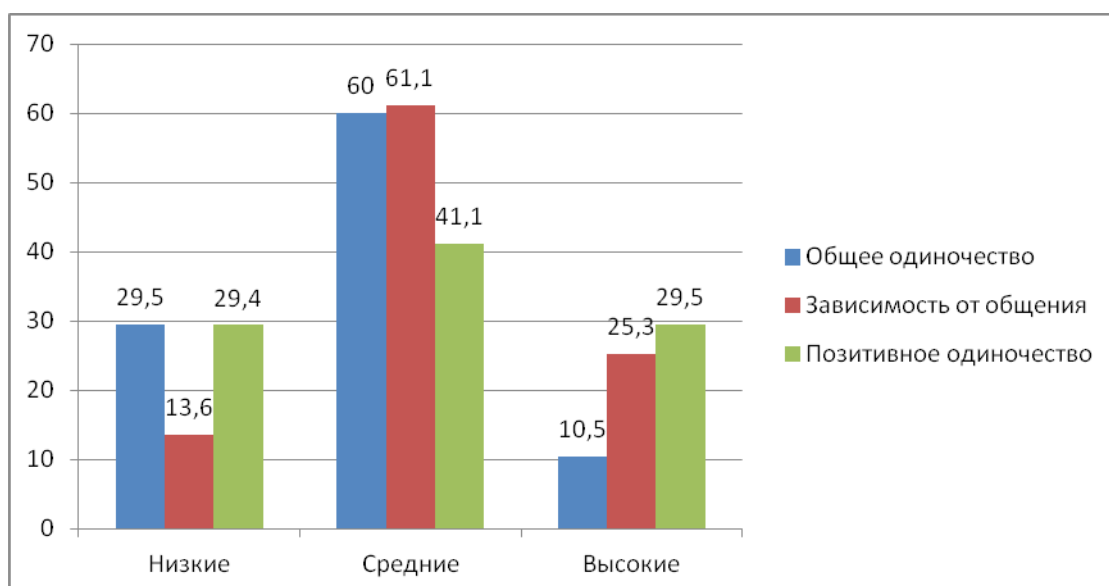


Рис.9. Процентное распределение не клинической выборки по уровню переживания одиночества (n = 95).

«Общее одиночество» - 10,5% обладают высокой степенью выраженности переживания изоляции. Их состояние характеризуется нехваткой эмоциональной близости или контактов с людьми и осознанием себя как одинокого. 60% испытуемых имеют средние показатели, а 29,5% - низкие.

«Зависимость от общения» - высокие показатели были выявлены у 25,3% не клинической выборки, что может свидетельствовать о ситуативном негативном отношении к одиночеству и, поиску общения. 61,1% продемонстрировали средний уровень выраженности данного отношения, а толерантное отношении к одиночеству, и возможный отказе от поиска общения характерно для 13,6% испытуемых.

«Позитивное одиночество» - способность находить ресурс в уединении, творчески использовать его для самопознания и саморазвития были выявлены у 29,5% испытуемых имеют. 29,4% испытуемых имеет низкие показатели по данной шкале, что свидетельствует о неспособность находить ресурс в ситуациях уединения и отсутствие положительных эмоций в связи с этим уединением. У 41,1% не клинической выборки средние показатели по данной шкале.

С помощью методики направленной на диагностику личностных черт невротического и психопатического уровня были получены данные, отраженные на рисунке 10.

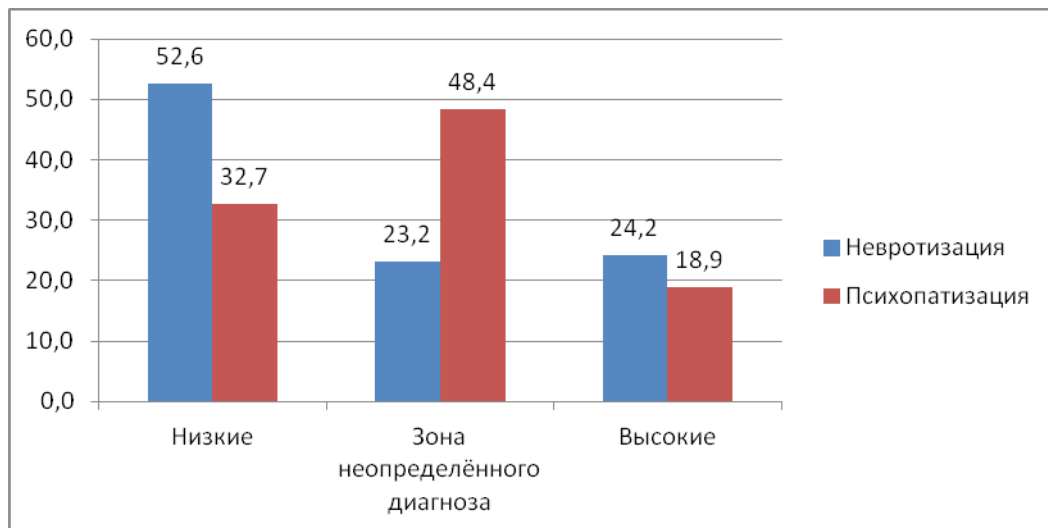


Рис.10. Процентное распределение не клинической выборки по уровню выраженности невротизации и психопатизации (n = 95).

Высокий уровень по шкале невротизации выявлен у 24,2% не клинической выборки, для которых характерны выраженная эмоциональная возбудимость вызывающая различные негативные состояния и безынициативность, которая в свою очередь формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний.

У 52,6% отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний. Их состояние характеризуется независимостью, легкостью в общении, чувством собственного достоинства, что свидетельствует об отсутствии невротических черт.

В зоне неопределенного диагноза находятся 23,2% испытуемых.

Рисунок свидетельствует о том, что у 18,9% испытуемых, преобладает высокий уровень психопатизации, что характеризует их как беспечных и легкомысленных

личностей с преобладанием упрямства в межличностных взаимодействиях.

Низкие показатели по шкале психопатизации выявлены у 32,7% имеют, что характеризует их как осмотрительных, уступчивых личностей, ориентированных на мнение окружающих и соблюдению общепринятых правил и норм поведения.

Результаты исследования по данной шкале 48,4% человек находятся в зоне неопределенного диагноза.

Результаты по методике Мини-Мульт, оценивающей уровень нервно-эмоциональной устойчивости, степень интеграции личностных свойств, уровень адаптации личности к социальному окружению, представлены на рисунке 11.

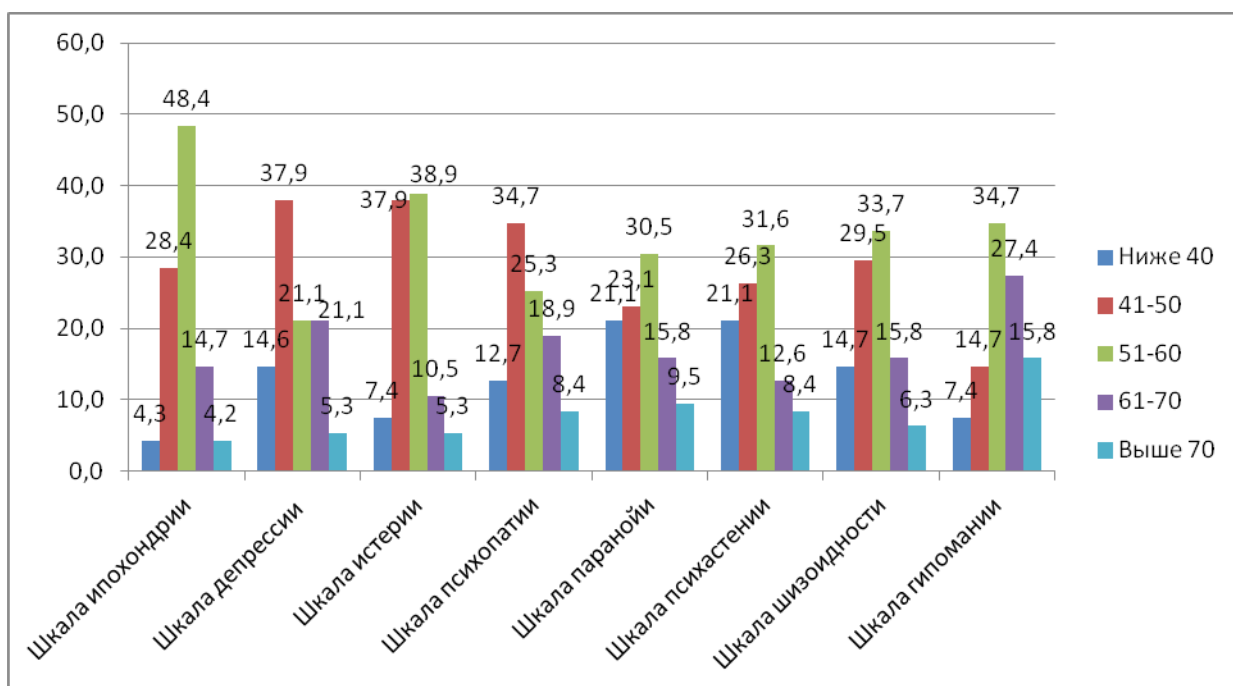


Рис.11. Процентное распределение не клинической выборки по степени выраженности личностных особенностей (n = 95).

По шкале ипохондрии у 48,4% испытуемых показатели находятся в интервале 51-60.Тенденция к высоким

показателям отмечается у 14,7% , в то время как высокие отмечаются лишь у 4,2% не клинической выборки, чье состояние характеризуется затрудненной адаптацией в виде фиксации на отклонениях от нормы в межличностных отношениях и сфере самочувствия, на фоне эмоциональной напряженности. Очень низкие показатели выявлены у 4,3% , что указывает на их открытость, активность, высокие адаптационные возможности и отсутствие патологической фиксации на состоянии своего здоровья.

По шкале депрессии преобладают показатели, находящиеся в интервале 41-50 и составляют 37,9% от не клинической выборки, а показатели 21,1% испытуемых находятся в интервале 61-70 Т-баллов. Очень низкие показатели у 14,6% могут быть индикатором эмоционального диссонанса, упрощенности и недостаточной критичности. В свою очередь высокие показатели отмечаются у 5,3%, что может быть связано с ситуацией резкого разочарования после пережитой неудачи или с заболеванием, сопровождающимся эмоциональной депрессией.

По шкале истерии 38,9% имеет показатели, находящиеся в интервале от 51 до 60 баллов. В интервале 41-50 Т-баллов находятся 37,9% испытуемых, а тенденцию к высоким результатам имеют 10,5%. Очень низкие показатели выявлены у 7,4% испытуемых, что может свидетельствовать об их эмоциональной устойчивости, повышении порогов чувствительности и ориентированности на себя в оценке окружающей действительности. Для 5,3% с высокими показателями характерна повышенная нервозность,

выраженные вегетативные и демонстративные эмоциональные реакции.

По шкале психопатии наиболее выражены показатели, находящиеся в интервале от 41 до 50 баллов и составляющие 34,7% не клинической выборки. У 25,3% испытуемых результаты находятся в интервале от 51 до 60, а у 18,9% испытуемых от 61 до 70 Т-баллов. Очень низкие показатели отмечаются у 12,7% испытуемых, у которых отмечается снижение мотивации достижения, отсутствие спонтанности, стремления к независимости и о выраженном конформизме. Высокими показателями обладают 8,4% не клинической выборки обладающие раскованностью, спонтанностью в поведении, эгоцентрической позицией, высоким уровнем побуждения к достижению цели с пренебрежением общепринятыми нормами и стремлением к доминированию.

По шкале паранойи у 30,5% испытуемых показатели находятся в интервале от 51 до 60 баллов, 23,1% испытуемых имеют результаты в интервале от 41 до 50 баллов, а для 21,1% не клинической выборки характерны низкие показатели, отражающие избыточную тенденцию к подчеркиванию своих миротворческих тенденций, необидчивость, уступчивость, добродушие. Тенденцию к высоким показателям имеют 15,8% испытуемых, а высокие 9,5% проявляющие высокую эмоциональную захваченность доминирующей идеей, тугоподвижной системой при решении проблем, имеется тенденция к появлению сверхценных идей, отражающихся в повышенной подозрительности, ревности или соперничестве. Также имеет место быть медленная

смена настроения, злопамятность, упрямство, а также накопление аффекта.

По шкале психастении преобладают показатели, находящиеся в интервале от 51 до 60 баллов и отмечаются у 31,6%, у 26,3% результаты находятся в интервале от 41-50 Т-баллов. Низкие показатели отмечаются у 21,1% не клинической выборки, которые характеризуются уверенностью в себе, сниженной тревожностью, эгоцентризмом, при этом может возникнуть нарушение адаптации. За счет не критичному отношению к себе и переоценке своих способностей. Тенденцию к высоким показателям имеют 12,6% , а 8,4% испытуемых имеют высокие показатели, что может указывать на высокий уровень тревожности, неуверенности в себе, повышенном чувстве вины, также могут присутствовать страхи и опасения, снижающие социальную активность.

По шкале шизоидности у 33,7% результаты находятся в интервале от 51 до 60 баллов, у 29,5% - от 41 до 50 баллов, а тенденция к высоким показателям отмечается у 15,8%. Очень низкие показатели выявлены у 14,7% и могут быть связаны с простотой суждений, небогатой фантазией, и отсутствием побуждений к поиску нового или нестандартного подхода к решению ситуаций. Высокие баллы характерны для 6,3% не клинической выборки, у которых могут отмечаться замкнутость, нарушение социальных контактов, связанных с непониманием чувств и мыслей окружающих. Также могут наблюдаться как оторванное от реальности и замкнутое на себе фантазирование, так и формирование аффективно-насыщенных идей.

По шкале гипомании отмечается подъем показателей в интервале от 51 до 60 баллов и составляет 34,7% от не клинической выборки. Тенденцию к высоким показателям имеют 27,4% испытуемых, а высокие показатели отмечаются у 15,8%, для которых характерны высокий уровень оптимизма, общительность, беззаботность, а также возможен вариант переоценки своих возможностей, ненадежности моральных оценок, поверхностности в контактах с окружающими. Чуть меньшее количество людей имеет результаты, находящиеся в интервале от 41 до 50 баллов – 14,7%. Очень низкие показатели характерны для 7,4% испытуемых со сниженным уровнем оптимизма, жизнелюбия, активности.

С помощью «Экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний», были получены следующие результаты, которые представлены на рисунке 12.

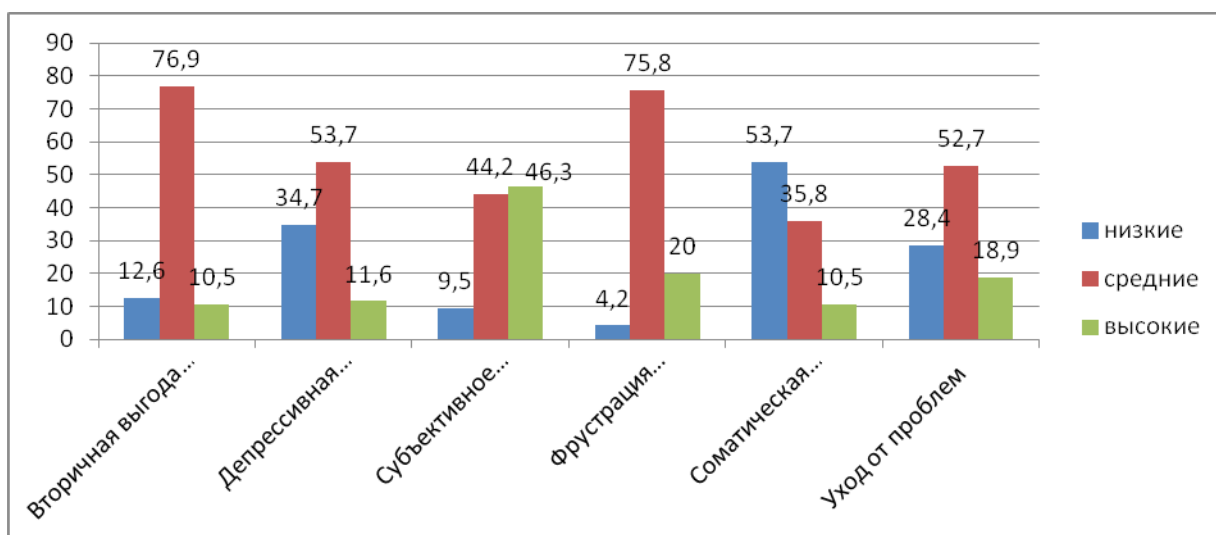


Рис.12. Процентное распределение не клинической выборки по выраженности компонентов психоэмоциональных состояний (n = 95).

По шкале «вторичная выгода болезни» высокие показатели были выявлены у 10,5 свидетельствуют о

стремлении личности избежать необходимости соответствовать высоким требованиям, предъявляемым обществом к личности или ей к себе самой.

По шкале «депрессивная симптоматика» у 11,6% испытуемых имеющих высокие показатели выявляется негативное восприятие собственной личности, пессимистический образ мышления, снижение настроения, интересов и потребностей в совокупности с замедлением психической деятельности.

По шкале «субъективное переживание одиночества» у 46,3% данной выборки высокие показатели проявляются в неуверенность в себе, ощущении беспомощности, некомпетентности и недоверия к окружающим, также возможна неудовлетворенность образцами социального взаимодействия.

По шкале «фрустрация потребности в общении» 20% испытуемых с высокими показателями характеризуются нарушением саморегуляции, неадекватности в проявлении доверия, что может стать причиной не только психологического дисбаланса, но и различных психических и соматических заболеваний.

По шкале «соматическая симптоматика» лишь у 10,5% испытуемых выявляются высокие показатели, для которых характерны повышенная сосредоточенность на сфере своего самочувствия и тенденция к болезненным реакциям в отдельных органах или организме в целом, что является следствием переработки эмоциональной напряженности.

По шкале «уход от проблем» имеют высокие показатели 18,9% изучаемой выборки, т.е. имеют нарушения социальных

отношений в виде отчуждения и уход от реальности с тенденцией к зависимости от средств осуществления данного ухода.

3.3. Сравнительный анализ особенностей нарушенных компонентов в структуре психоэмоциональных состояний в клинической и не клинической выборке

Для выявления значимых различий по всем показателям между клинической и не клинической выборкой был использован непараметрический U-критерий Манна-Уитни (Приложение 10). Показатели, представляющиеся наиболее значимыми, отражены в таблице 5.

Таблица 5.

Сравнительный анализ интегральных показателей клинической и не клинической выборки

	Средний ранг		U-критерий Манна-Уитни	Уровень статистической значимости (p)
	Клиническая выборка	Не клиническая выборка		
Депрессивная симптоматика	103,26	69,40	2033	0,000
Фрустрация потребности в самораскрытии	93,39	79,91	2744	0,021
Соматическая симптоматика	101,67	70,61	2148	0,000
Уход от проблем	96,72	74,36	2504	0,001
Невротизация	66,74	97,08	2177	0,000
Шкала ипохондрии	96,10	74,83	2548,5	0,005
Шкала депрессии	97,55	73,73	2444,5	0,002
Шкала истерии	97,48	73,78	2449,5	0,002
Шкала психопатии	94,22	76,26	2684,5	0,017
Шкала паранойи	95,31	75,43	2606	0,008
Шкала психастении	96,82	74,28	2497	0,003

Шкала шизоидности	94,38	76,14	2673	0,015
----------------------	-------	-------	------	-------

Показатели практически по всем приведенным в таблице шкалам статистически значимо выше в клинической выборке, чем в не клинической.

Исключение составляет шкала «невротизация», показатель которой выше в не клинической выборке, что характеризует её как оптимистичную, инициативную, эмоционально устойчивую. Общий фон переживаний имеет положительную окраску, а для общения свойственны легкость и независимость.

В опроснике «Экспресс-диагностика психоэмоциональных состояний» различия показателей выявлены по шкалам «депрессивная симптоматика», «фрустрация потребности в самораскрытии», «соматическая симптоматика» и «уход от проблем». Это значит, что для клинической выборки в большей степени характерны снижение самооценки, общего фона настроения пессимистические мысли в отношении настоящего, прошлого и будущего, а также связанные с ними патогенные идеи (никчёмности, виновности). На фоне нарушения значимых отношений может происходить исключительная сосредоточенность на негативном событии, с возможными проявлениями через соматическую сферу, ощущение себя одиноким и не нужным обществу, а накопление эмоций и рост внутреннего напряжения ведет к нарушению функционального баланса как индивида, так и личности в целом. Такое неудовлетворительное состояние подталкивает

человека к поиску средств, способных обеспечить компенсаторный и/или адаптационный эффект.

В опроснике «СМОЛ» значимые различия отмечаются по шкалам «ипохондрия», «депрессия», «истерия», «психопатия», «паранойя», «психастения», «шизоидность». Так как данные показатели в большей мере отражают личностные черты, то можно предположить, что психогенез и патогенез будут находиться в прямой зависимости от выявленных особенностей и проявляться в направленности и динамике развития того или иного психоэмоционального состояния. Альтернативность проявлений будет зависеть от совокупности выраженных характеристик или доминирующей направленности личности.

3.4. Классификация испытуемых по сходным признакам особенностей нарушенных компонентов в структуре психоэмоциональных состояний

На основе имеющихся данных был осуществлен кластерный анализ, в ходе которого было выделено 8 групп (Приложение 11).

Основные характеристики и значимые факторы первой группы отражены в таблице 6.

Таблица 6.

Распределение испытуемых по кластерам в зависимости от их психоэмоционального состояния – 1 группа

Кластер	Общее количество	Клиническая выборка	Не клиническая выборка	Значимые факторы
---------	------------------	---------------------	------------------------	------------------

1	15	14	1	<ul style="list-style-type: none"> - Депрессивная симптоматика (1,49) - Соматическая симптоматика (1,36) - Уход от проблем (1,02) - Депрессия (Зунг) (1,23) - Шкала депрессии (1,2) - Шкала психопатии (1,12) - Шкала истерии (1,09) - Шкала психастении (1,08) - Шкала шизоидности (1,07) - Позитивное одиночество (0,76) - Шкала ипохондрии (0,7) - Шкала паранойи (0,61) - Вторичные преимущества болезни (-0,71) - Зависимость от общения (-0,58) - Психопатизация (-0,64) - Невротизация (-0,98)
----------	----	----	---	---

Таким образом, в первую группу вошли испытуемые с преобладанием депрессивной симптоматики, соматическими проявлениями, невротизацией и тенденцией к уходу от проблем. Среди личностных особенностей, находящихся на положительном полюсе, выделяются истероидность, психопатия, психастения и шизоидность. Данные показатели наиболее характерны клинической выборке.

В таблице 7 отражены основные характеристики второй группы.

Таблица 7.

Распределение испытуемых по кластерам в зависимости от их психоэмоционального состояния – 2 группа.

Класт	Общее	Клини	Не	Значимые факторы
-------	-------	-------	----	------------------

ер	количе ство	ческая выбор ка	клиниче ская выборка	
2	17	9	8	<ul style="list-style-type: none"> - Психопатизация (1,01) - Депрессивная симптоматика (0,78) - Уход от проблем (0,65) - Депрессия (Зунг) (0,68) - Позитивное одиночество (0,62) - Соматическая симптоматика(0,58) - Вторичные преимущества болезни (-0,56) - Невротизация (-0,65) - Шкала психопатии (-0,58) - Шкала паранойи (0,5) - Общее одиночество (-1,04) - Субъективное переживание одиночества (-1,2)

Второй группе свойственны проявления психопатизации, тенденция к уходу от проблем, позитивному одиночеству, невротизации, депрессивной и соматической симптоматики. При этом на отрицательном полюсе располагаются как общее и субъективное переживание одиночества, так и вторичные преимущества болезни. В данной группе нельзя отметить явной предрасположенности испытуемых одной выборки относительно другой к указанным проявлениям.

Распределение выборки в третьей группе и ее основные характеристике отражены в таблице 8.

Таблица 8.

Распределение испытуемых по кластерам в зависимости от их психоэмоционального состояния – 3 группа.

Кластер	Общее количество	Клиническая выборка	Не клиническая выборка	Значимые факторы
3	28	8	20	<ul style="list-style-type: none"> - Субъективное переживание одиночества (0,71) - Общее одиночество (0,66) - Невротизация (0,89) - Депрессивная симптоматика (-0,68) - Фрустрация потребности в самораскрытии (-0,59) - Депрессия (Зунг) (-0,58) - Шкала депрессии (-0,57) - Зависимость от общения (- 0,62) - Шкала ипохондрия (-0,68) - Шкала истерии (-0,68) - Шкала психастении (0,65) - Соматическая симптоматика (-0,7)

В третьей группе отсутствуют ярко выраженные патогенные компоненты. Выявлена тенденция к психастеническим проявлениям, общему и субъективному одиночеству, с преобладанием таковых в не клинической выборке.

В четвертой группе также представлены только тенденции к ипохондрическим проявлениям, вторичным преимуществам болезни, а также психопатизации. По результатам данного исследования указать эти проявления

как характерные для той или иной выборки не представляется возможным (таблица 9).

Таблица 9.

Распределение испытуемых по кластерам в зависимости от их психоэмоционального состояния – 4 группа.

Кластер	Общее количество	Клиническая выборка	Неклиническая выборка	Значимые факторы
4	12	6	6	<ul style="list-style-type: none"> - Вторичные преимущества болезни (0,72) - Психопатизация (0,56) - Шкала ипохондрии (0,67) - Соматическая симптоматика (-0,55) - Позитивное одиночество (-0,64) - Шкала депрессии (-0,65) - Шкала паранойи (-0,88) - Уход от проблем (-0,89) - Шкала психастении (-0,89)

В таблице 10 отражены основные характеристики и значимые факторы пятой группы. Это единственная группа, в которой все показатели высокие или имеют тенденцию к таковым ($>0,5$; >1), кроме одного.

В пятой группе на положительном полюсе находятся показатели невротизации и соматической симптоматики. Также имеется тенденция к таким проявлениям как: вторичные преимущества болезни, фрустрация потребности в самораскрытии, депрессивная симптоматика, общее одиночество и зависимость от общения. В свою очередь, среди личностных особенностей отмечаются проявления истерии, психастении, психопатии, ипохондрии и паранойяльности. Такие характеристики актуального состояния наблюдаются у лиц, находящихся на лечении.

Таблица 10.

Распределение испытуемых по кластерам в зависимости от их психоэмоционального состояния - 5 группа.

Кластеры	Общее количество	Клиническая выборка	Неклиническая выборка	Значимые факторы
5	17	15	2	<ul style="list-style-type: none"> - Соматическая симптоматика (1,09) - Депрессия (Зунг) (0,87) - Шкала истерии (0,84) - Шкала психастении (0,78) - Шкала депрессии (0,77) - Фрустрация потребности в самораскрытии (0,75) - Зависимость от общения (0,73) - Шкала психопатии (0,73) - Вторичные преимущества болезни (0,69) - Депрессивная симптоматика (0,64) - Общее одиночество (0,64) - Шкала паранойи (0,62) - Шкала ипохондрии (0,6) - Субъективное переживание одиночества (0,5) - Позитивное одиночество (-1,08) - Невротизация (-1,09)

Отсутствие нарушений в сфере психоэмоциональных состояний с тенденцией к заострению личностных черт выявляется в шестой группе. Отмечается склонность к психастеническим, депрессивным, истероидным,

гипоманиакальным, ипохондрическим и паранойяльным проявлениями среди лиц, не обращавшихся к врачу в связи со своим психоэмоциональным состоянием (таблица 11).

Таблица 11.

Распределение испытуемых по кластерам в зависимости от их психоэмоционального состояния – 6 группа.

Кластер	Общее количество	Клиническая выборка	Не клиническая выборка	Значимые факторы
6	31	10	21	<ul style="list-style-type: none"> - Шкала психастении (0,9) - Шкала депрессии (0,77) - Шкала шизоидности (0,75) - Шкала истерии (0,72) - Шкала гипомании (0,63) - Шкала психопатии (0,62) - Шкала ипохондрии (0,61) - Шкала паранойи (0,61) - Депрессия (Зунг) (-0,51)

Основные характеристики и значимые факторы седьмой группы отражены в таблице 12.

Таблица 12.

Распределение испытуемых по кластерам в зависимости от их психоэмоционального состояния – 7 группа.

Кластер	Общее количество	Клиническая выборка	Не клиническая выборка	Значимые факторы
7	16	7	9	<ul style="list-style-type: none"> - Вторичные преимущества болезни (0,57) - Субъективное переживание одиночества (0,72) - Фрустрация потребности в самораскрытии (0,78) - Соматическая симптоматика (0,73) - Общее одиночество (0,85) - Зависимость от общения (0,91) - Позитивное одиночество (-0,62) - Невротизация (-0,51) - Шкала ипохондрии (-0,79) - Шкала истерии (-0,75)

				<ul style="list-style-type: none"> - Шкала психопатии (-0,57) - Шкала паранойи (-0,82) - Шкала психастении (-0,61) - Шкала депрессии(-1,05)
--	--	--	--	---

В седьмой группе отмечаются показатели, связанные с тенденцией к проявлениям зависимости от общения, общего одиночества, фрустрации потребности в самораскрытии, субъективного переживания одиночества, соматической симптоматики, вторичных преимуществ болезни, а также невротизации. Данные показатели также нельзя отнести к характерным проявлениям той или иной выборки.

Таблица 13.

Распределение испытуемых по кластерам в зависимости от их психоэмоционального состояния - 8 группа.

Кластеры	Общее количество	Клиническая выборка	Не клиническая выборка	Значимые факторы
8	31	3	28	<ul style="list-style-type: none"> - Позитивное одиночество (0,83) - Вторичные преимущества болезни (-0,9) - Соматическая симптоматика (-0,66) - Депрессия (Зунг) (-0,62) - Шкала истерии (-0,5) - Шкала психопатии (-0,72) - Шкала паранойи (-0,5) - Шкала шизоидности (-0,69) - Субъективное переживание одиночества (-1,01) - Общее одиночество (-1,04)

В восьмой группе доминирующим является позитивное одиночество, при этом на отрицательном полюсе находятся вторичные преимущества болезни, соматическая симптоматика, депрессивное состояние, общее одиночество, субъективное переживание одиночества, а также такие

личностные проявления как шизоидность, истерия, психопатия и паранойяльность. Данное исследование показывает, что такое сочетание характерно для не клинической выборки.

Основываясь на этих результатах, а также собранных анамнестических данных и описательной статистике была составлена краткая характеристика каждой из групп (Приложение 12).

Выводы по 3 главе

Проведенное эмпирическое исследование позволяет определить особенности, психогенно обусловленных компонентов в структуре рассматриваемых психоэмоциональных состояний как в клинической, так и не клинической выборке.

С помощью сравнительного анализа были рассмотрены и проанализированы значимые различия в структуре изучаемых состояний в клинической и не клинической выборках. По результатам проведенных методик у испытуемых находящихся на лечении были выявлены особенности, в меньшей степени характерные для «условно» здоровых людей. Эти особенности можно разделить на связанные с дисгармоничностью личностной структуры и непосредственно психоэмоциональными проявлениями. На уровне личности дисгармоничность может проявляться патологическим заострением черт и быть выражена в ипохондрической фиксации на своем здоровье, эмоциональной лабильности в сочетании с демонстративностью, снижением самоконтроля, импульсивностью, эмоциональной холодностью, агрессивными проявлениями и нарушением социальной адаптации. К психоэмоциональным проявлениям относятся эмоциональная возбудимость, неудовлетворенность желаний, сосредоточенность на переживаниях своих личностных недостатков, гипотимия, брадипсихия, гипобулия, невозможность получения эмоциональной разрядки и поддержки, а также отстранение от реальности, как попытка

адаптации к не соответствующим внутреннему идеалу условиям.

Также был проведен кластерный анализ, в ходе которого все испытуемые были разделены на 8 групп.

На основании полученных взаимосвязей, также было отмечено, что шкалы разработанного опросника в различных комбинациях могут являться структурными компонентами конкретного психоэмоционального состояния:

1. сочетание высоких показателей по шкалам «депрессивная симптоматика», «соматическая симптоматика» и «уход от проблем» в большей степени взаимосвязаны с депрессивным состоянием (2 кластер);

2. сочетание высоких показателей по шкалам «вторичные преимущества болезни», «фрустрация потребности в самораскрытии», «депрессивная симптоматика», «соматическая симптоматика» отражают депрессивно-невротическое состояние (1, 5 кластер);

3. сочетание высоких показателей по шкалам «субъективное переживание одиночества», «фрустрация потребности в самораскрытии», «вторичные преимущества болезни» и «соматическая симптоматика» наиболее характерны для состояния одиночества (7 кластер).

Таким образом, на основании полиэдрического исследования, с помощью всех выявленных особенностей и тенденций к проявлению нарушенных компонентов в структуре изучаемых психоэмоциональных состояний, представляется возможной также разработка общих рекомендаций по организации и проведению психокоррекционных мероприятий (Приложение 13).

Заключение

Целью данной работы являлась разработка и апробация опросника предназначенного для оценки психоэмоционального состояния, выявление нарушенных, психогенно обусловленных, компонентов которого способствовали бы сохранению и улучшению психического здоровья человека посредством психокоррекционного воздействия.

Теоретический анализ показал, что возникновение патологических психоэмоциональных состояний имеет непосредственную зависимость от социальных факторов, а в частности от нарушения значимых отношений. Структура развития данного процесса имеет специфическое градиентное протекание, то есть она не имеет четко установленных топических и временных границ, а качественные характеристики обладают пластичностью и тенденцией к кумуляции. Следствием непродуктивного восстановления нарушенной системы отношений являются болезненные переживания личности, на фоне психологической и физиологической дезинтеграции.

На основе теоретических подходов к изучению данного вопроса в рамках эмпирического исследования был разработан опросник «Экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний», в котором было выделено 6 шкал, отражающих нарушенные, психогенно обусловленные, компоненты в структуре отдельных состояний. Их сочетание, воссоздающее определенный конструкт, в дальнейшем может служить основой для воздействия на индивидуально значимые сферы системы нарушенных отношений,

посредством комплекса психокоррекционных мероприятий, в связи со специфичным кругом проблем, входящим в отдельную шкалу.

Таким образом, гипотеза, которая состояла в том, что разработанный нами опросник будет соответствовать установленным требованиям к опросникам и выявлять в структуре психоэмоциональных состояний диагностически значимые психологические мишени для последующего психокоррекционного воздействия, получила частичное эмпирическое подтверждение.

Список литературы

1. Алейникова О.С. Одиночество как социальная проблема современной российской культуры / О.С. Алейникова // Система ценностей современного общества. - 2011. - №17-2. - С. 199-204.

2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. - М.: Медицина, 2000. - 469с.

3. Анастаси А. Психологическое тестирование: Пер. с англ.: 7-е изд. СПб.: Питер, 2007. 688 с.

4. Айрапетянц М.Г. Механизмы патогенеза неврозов. // Ж. высш. нерв. деятельности. 2005. Т. 55. № 6. С. 734-736.

5. Бакалдин С.В. Одиночество и его связь с функциями «Я»: Дис.. канд. психол. наук /С.В. Бакалдин. - Краснодар. 2008.

6. Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1998. С. 35-64.

7. Барденштейн Л.М., Курашов А.С. Дистимия: нозологическое положение, клиника, прогноз. // В кн.: Депрессии и коморбидные расстройства. Под ред. А.Б. Смулевича. М., 1997. - С. 276.

8. Бердяев Н.А. Я и мир объектов. Опыт философии одиночества и общения / Бердяев Н.А. Дух и реальность. М.: АСТ; Харьков: Фолио, 2003. - 380 с.

9. Бешелев, С.Д. Математикостатистические методы экспертных оценок / С.Д. Бешелев, Ф.Г.Гурвич// - М.:Статистика, 1980.263 с.

10. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. - Ростов-на-Дону, - 1996.

11. Большой психологический словарь/ Авдеева Н.Н. и др. Под ред. Б.Г.Мещерякова, В.П. Зинченко. Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак; М.: ОЛМА-пресс, 2003. - 666с.)

12. Василюк Ф.Е. Современные представления о переживании // Психология мотивации и эмоций / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. М.: АСТ: Астрель, 2009. С. 362-372.

13. Вассерман Л. И., Дюк В. А, Иовлев Б. В., Червинская К. Р. Психологическая диагностика и новые информационные технологии. СПб.: СЛП, 1997.

14. Великанова Л.П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект. Дисс. докт. мед. наук – М., 2008. – 250 с.

15. Вельтищев Д.Ю. Клинико-патогенетические закономерности ситуационных расстройств депрессивного спектра. Автореф. дис. докт. мед. наук. - М., 2000. - 44 с.

16. Вельтищев Д.Ю. Соотношение эндогенных и ситуационных факторов в психопатологической картине и динамике первично развивающихся затяжных депрессивных состояний. // Дисс. на соиск. учен. степени к.м.н,- М.,1988., МЗ РСФСР, Московский НИИ психиатрии.

17. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий // Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 9-16.

18. Вертоградова О.П., Войцех В.Ф., Волошин В.М. и др. Психопатологические критерии диагностики депрессии: метод. рекомендации. Москва, 1980. 20 с.

19. Вертоградова О.П., С.Э. Поляков, И.Л. Степанов. Структура пограничных расстройств депрессивного спектра // Журн. невропатологии и психиатрии. 1992. Т. 92. № 1. С. 103-107.

20. Витулак, Г. Основы психодиагностики / Г.Витулак// Пер. с нем. -М.: Прогресс, 1986. -123с.

21. Волошин В.М. Различные типы депрессивной триады и их диагностическое значение // Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 40-46.

22. Гаранян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 80-81.

23. Гарбузов, В.И. Неврозы у детей : практическое пособие / В.И. Гарбузов, Ю.А. Фесенко. - Санкт-Петербург : КАРО, 2013. - 336 с.

24. Граница А.С. Особенности взаимосвязи агрессивности, тревожности и антиципационной состоятельности у больных с невротическими расстройствами./Психиатрия вчера, сегодня, завтра. Материалы Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием. Кострома, 22-24 апреля 2014 года. - С. 94-98.

25. Димитрюк А.А. Преодоление диффузного одиночества посредством включения в социально-психологический тренинг // Актуальные проблемы психологии личности: сб. ст. по матер. VI междунар. науч.-практ. конф. - Новосибирск: СибАК, 2011.

26. Долгинова О.Б. Изучение одиночества как психологического феномена//Прикладная психология. -2000. - № 4. -С. 28-36.

27. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология: Учебное пособие — М.: ИНФРА-М, 1997.-256 с.

28. Захаржевский В.Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии. Л.: Наука, 1990. 342 с.

29. Злоказова М.В., Мартовецкая Г.А. О сложностях в диагностике и терапии пациентов с невротическим развитием личности/XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань: тезисы/под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015. - С. 589.

30. Иовлев, Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. -СПб.: Сенсор, 1999.- 76с.

31. Карвасарский Б. Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.

32. Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов/пер. с англ. Е. П. Савченко. Киев: ПАН ЛТД, 1994. 255 с.

33. Климентьева Е. Н. Одиночество как социальная проблема современной России // Вестник Адыгейского государственного университета. Сер. 1: Регионоведение. 2009. № 3. С. 97—101

34. Клиническая психология/Под ред. Б. Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, - 2006. - 959 с.

35. Кон И. Многоликое одиночество / И. Кон // Знание - сила. - 1986. №12. - С.40-42.

36. Корчагина С. Г. Генезис, виды и проявления одиночества: монография. - М.: Московский психолого-социальный институт, 2005. - 196 с.

37. Корчагина С. Г. Психология одиночества: учебное пособие. - М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. -228 с.

38. Котик, М.А. Новый метод экспериментальной оценки отношения людей к волнующим их событиям / М.А. Котик // Вопросы психологии. - 1994. - № 1. - С. 97-104.

39. Красик Е.Д. Нервно - психические заболевания у студентов / Е.Д. Красик, Б.С. Положий, Е.А. Крюков. - Томск, 1982. - 17с.

40. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М: Практическая медицина 2010 - 432 с.

41. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медшшнская психология.—2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1984, 272с.

42. Литвак М.Е. Если хочешь быть счастливым: учебное пособие по психотерапии и психологии общения / М. Е. Литвак. - Изд. 34-е. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2016. - 603 с.

43. Любимова, Е.С. Использование методов математической статистики при решении психологических проблем современного мира / Е.С. Любимова, Д.Н. Нестеренко // Материалы VII Международной научнопрактической конференции молодых исследователей «Наука и молодежь: новые идеи и решения». Часть 3. Волгоград, 2013.-288 с.

44. Мельченко Н. И. Клиническая психология. - Самара: Сам ГМУ, - 2002. - 584 с.

45. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 608 с.

46. Многоуровневая диагностика, лечение и профилактика невротических расстройств среди различных групп пациентов / Д.Ч. Теммоев [и др.] // XIV Съезд психиатров России: материалы съезда, 15-18 ноября 2005, Москва. - Москва, 2005. - С.150.

47. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, - 1960. - 426 с.

48. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.
49. Неврология и психотерапия : Учеб. пособие / Д. А. Каменецкий. - М. : Гелиос АРВ, 2001. - 383с. ;
50. Перлман Д., Пепло Л.Э., Лабиринты одиночества: Пер. с англ. // Сост., общ. ред. и предисл. Н.Е. Покровского. - Москва: Прогресс, 1989. - 624 с.
51. Пилягина Г. Я. Депрессивные нарушения // Журнал практического лікаря. — 2003. — № 1. — С. 40-49.
52. Покровский Н.Е., Иванченко Г.В. Универсум одиночества: социологические и психологические очерки / Н.Е. Покровский, Г.В. Иванченко. – М.: Логос, 2008. – 408 с.
53. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. В.П. Самохвалова. – Ростов н/Д: Феникс, 2002
54. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. — М.: Прометей, 2013. — 584 с.
55. Психология одиночества / Гасанова П.Г., Омарова М.К. – Киев: Общество с ограниченной ответственностью «Финансовая Рада Украины» (Киев), 2017. – 76 с.
56. Пузанова Ж. В. Проблема одиночества : (социологический аспект). М. : Изд-во РУДН, 1998. 58 с.
57. Рогова Е.Е. Одиночество в условиях современного общества. Монография. Краснодар: Издательский Дом -Юг, 2012.-300 с.

58. Свядош А.М. Неврозы (руководство для врачей). - СПб.: Питер Паблишинг, 1997. - 448 с.

59. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. М.: Речь, 2007.

60. Слободчиков И.М. Современные исследования переживания одиночества / И.М. Слободчиков // Психологическая наука и образование. 2007. - №3. - С. 27-35.

61. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.

62. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. С. 16-98.

63. Старовойтова Л.И. Одиночество: (соц.-филос. анализ): дис.канд. филос. наук. М., 1995. 126 с.

64. Степанов И.Л. Ангедония как диагностический, прогностический и дезадаптирующий фактор при различных типах депрессий (феноменология, динамика, принципы терапии): Дисс. докт. мед. наук. М., 2004. 346 с.

65. Тазлова Р.С. Общая психопатология (методические указания). - Якутия: Изд-во ЯГУ, 1996. - 38с.

66. Тихонов Г.М. Одиночество как экзистенциальный опыт человека // Вестник Ижевского государственного технического университета. - 2006. — №2. -С.96-99

67. Тихонов Г. М. Одиночество: стереотип и реальность.- Ижевск: Изд-во ИжГТУ, 2005. - 376 с.

68. Тихонов Г.М., Фаррахов А.Ф. Феномен одиночества: опыт каузальной интерпретации: монография/Г.М.

Тихонов, А.Ф. Фаррахов. -Ижевск: изд-во ИжГТУ им. М.Т. Калашникова, 2014. -176 с.

69. Улезко А.В. Распространенность и структура пограничных нервно-психических расстройств в коллективах с разными условиями труда и профилем деятельности / Улезко А.В. // Труды Астраханской государственной медицинской академии. - Астрахань, 1996. - Т.1(25). - С. 161 - 181.

70. Учение о неврозах : учебное пособие / В. А. Абабков, Г. Л. Исурина, Е. Б. Мизинова ; Санкт-Петербургский гос. ун-т. - Санкт-Петербург : СПбГУ, 2012. - 174 с.

71. Ушкалова, А. В. Депрессии у соматических больных / А. В. Ушкалова // Трудный пациент. Журнал для врачей. - 2006. - № 11.

72. Фава М. Депрессия, соматические симптомы и антидепрессивная терапии (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7, № 3. С. 164-166.

73. Франкл В., Теория и терапия неврозов/В. Франкл. - СПб.: Речь, 2001, с. 243

74. Фромм Э. Бегство от свободы. Человек для себя / Пер. с англ. Д.Н. Дудинский. - М.: ООО «Попурри», 2000. - 672с.

75. Хамитов, Н.В. Философия одиночества. Опыт вживания в проблему. Одиночество женское и мужское/Н.В. Хамитов. - Киев: Наукова думка, 1995. -171 с.

76. Хараш А.У. Вдвоем с самим собой. Краткое введение в психогигиену одиночества // «Знание - сила». - 1994. - С. 134-144.

77. Хараш А.У. Психология одиночества // Педология - новый век. - 2000. - № 4. - С.21-27

78. Харитонов С.В., Семке В.Я., Аксенов М.М. Психофизиология неврозов // Невропат. и психиатрия. 1999. Т. 99. № 6. С. 56-61.

79. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория неврозов / Хорни. - М.: СПб: Лань, 1997. - 240 с.

80. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции.: учебное пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. / О. В. Хухлаева - М.: Академия, 2001. -208 с.

81. Челышкова М. Б. Теория и практика конструирования педагогических тестов: учеб. пособие. М.: Логос, 2002. 432 с.

82. Швалб Ю.М., Данчева О.В. Феномен одиночества: культурно-исторические формы // Философская и социологическая мысль, 1990. № 9. -С.117-131.

83. Шитова Н.В. Одиночество женщин - актуальная проблема современной психологии // Сборник статей межвузовской научно - практической конференции / Под ред. Д.А.Мещерякова. - Воронеж, 2007. С.248 - 253

84. Шитова Н. В. Социально-психологические особенности одиноких женщин : дис. ... канд. психол. наук. Воронеж, 2009. 186 с.

85. Шитова Н. В. Феноменология одиночества: возможные причины женского одиночества и

психологическая характеристика личности одиноких женщин
// Территория науки. 2007. № 2. С. 282—286.

86. Юрченко М.А. Философско-антропологический анализ сущности одиночества: дис. ... канд. филос. н. Ростов-на-Дону, 2010. 163 с.

Приложения

Министерство науки и высшего образования
Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Псковский государственный университет»

Институт образования и социальных наук
Кафедра психологии и сопровождения развития ребенка
37.05.01 «Клиническая психология»
специализация «Патопсихологическая диагностика и психотерапия»

ПРИЛОЖЕНИЕ К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ

Черновой Вероники

на тему

**Экспресс-диагностика психоэмоциональных состояний:
разработка и апробация опросника**

Руководитель: старший преподаватель
кафедры психологии и
сопровождения ребенка
/Г.Н. Гучкова/

Автор работы
Чернова/

_____ /В.

**Сокращенный многофакторный опросник для
исследования личности (Мини-мульти, СМОЛ)**

1. У вас хороший аппетит?
2. По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
3. В вашей повседневной жизни масса интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.
5. Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У вас очень редко бывает запор.
7. Иногда вам очень хотелось навсегда уйти из дома.
8. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
10. У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.
11. Иногда вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.
14. С вами происходили (или происходят) странные вещи.
15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.
16. В детстве вы одно время совершали кражи.
17. Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.
18. У вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.
21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вас.
22. Большинство людей довольны своей жизнью более чем вы.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда вы сердитесь.

25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.
26. У вас часто бывает чувство, как будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
27. У вас может ухудшиться самочувствие и здоровье, если люди критикуют вас, требуют от вас слишком многого.
28. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.
30. Вы считаете, что против вас что-то замышляют.
31. Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем.
32. Вас часто беспокоит желудок.
33. Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.
34. Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказывать.
35. Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.
36. Временами вы уверены в собственной бесполезности.
37. В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.
38. У вас бывали периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
39. Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали,
40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
41. Вам безразлично, что думают о вас другие.
42. С памятью у вас все благополучно.
43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.
44. Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.
45. У вас редко болит голова.
46. Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.
47. Не все ваши знакомые вам нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.
49. Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.
50. Вы считаете, что вы слишком застенчивы.
51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
52. Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.
53. Иногда вы немного сплетничаете.

54. Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.

55. У вас бывает сильное сердцебиение, и вы часто задыхаетесь.

56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.

57. У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.

58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.

59. Ваша судьба никого особенно не интересует.

60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.

61. Иногда вы полны энергии.

62. За последнее время у вас ухудшилось зрение.

63. Часто у вас звенит или шумит в ушах.

64. В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.

65. У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.

66. Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.

67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.

68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.

69. Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.

70. Вы часто разочаровываетесь в людях.

71. Вы злоупотребляли спиртными напитками.

Уровень невротизации и психопатизации (УНП)

1. В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, ползание мурашек, онемение.

2. Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга.

3. Я редко задыхаюсь и у меня не бывает сильных сердцебиений.

4. Мне часто хотелось бы быть женщиной (**если вы женщина**: я довольна тем, что я женщина, а не мужчина).

5. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.

6. Страх перед мышами у меня отсутствует.

7. Голова у меня болит часто.

8. Бывали случаи, когда мне было трудно удержаться от того, чтобы что-нибудь не стащить у кого-нибудь, например, в магазине.

9. Временами мне так и хочется выругаться.

10. Кое-кто рад бы мне навредить.

11. Два-три раза в неделю по ночам меня мучают кошмары.

12. Бывало, что в школе меня вызывали к директору за озорство.

13. Сейчас я себя чувствую лучше, чем когда-либо.

14. Я стараюсь запомнить всякие интересные истории, чтобы потом рассказывать их другим.

15. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.

16. О любви я читаю с удовольствием.

17. У меня бывали периоды, когда из-за волнений я терял сон.

18. Иногда я говорю неправду.

19. Обычно работа стоит мне большого напряжения.

20. Я придерживаюсь принципов нравственности и морали более строго, чем большинство других людей.

21. Иногда я бываю так возбужден, что это даже мешает мне заснуть.

22. Я хотел бы быть автогонщиком.

23. Большую часть времени я вполне доволен жизнью.

24. Я злоупотреблял спиртными напитками.

25. У меня гораздо меньше всяких опасений и страхов, чем у моих знакомых.

26. Я мало пугаюсь, когда вижу змей.

27. Бывает, что я отвечаю на письма с опозданием.

28. Я всегда был равнодушен к игре в куклы.

29. Мне бы хотелось часто встречаться вне работы со своими знакомыми и друзьями:

30. Мне часто кажется, что у меня комок в горле.

31. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.

32. Я люблю читать научно-популярные журналы по технике.

33. Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.

34. Плохое настроение у меня быстро проходит, потому что всегда находится что-нибудь интересное, что меня отвлекает.

35. Я мало устают

36. Бывает, что я сержусь.
37. Я верю в будущее.
38. Нужно очень много доказательств, чтобы убедить людей в какой-нибудь истине.
39. Я часто предаюсь грустным размышлениям.
40. В школе я часто прогуливал уроки.
41. Временами мне кажется, что моя голова работает медленнее, чем обычно.
42. Я считаю, что детей следовало бы ознакомить со всеми вопросами половой жизни.
43. Самая трудная борьба для меня – это борьба с самим собой.
44. Охота мне нравится.
45. Бывает, что я откладываю на завтра то, что нужно сделать сегодня.
46. Как правило, отметки за поведение в школе у меня были неважными.
47. Я почти всегда о чем-нибудь или о ком-нибудь тревожусь.
48. Временами я бываю полон энергии.
49. У меня мало уверенности в себе.
50. Временами я был вынужден обходиться резко с людьми, которые вели себя грубо или назойливо.
51. Я вполне уверен в себе.
52. Я возмущаюсь каждый раз, когда узнаю, что преступник по каким-либо причинам остается без наказания.
53. Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).
54. В гостях я держусь за столом лучше, чем дома.
55. Иногда у меня бывает такое чувство, что передо мной нагромодилось столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.
56. Уверен, что за моей спиной обо мне говорят.
57. Раз в неделю или чаще я без видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
58. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем рассказы о любви.
59. Временами я изматываю себя тем, что слишком много на себя беру.
60. Я опасаясь пользоваться ножом или другими острыми, или колющими предметами.
61. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.

62. Временами я ощущаю странные запахи.
63. Если мне не грозит штраф и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.
64. Я люблю собирать цветы и выращивать комнатные растения.
65. Мое зрение осталось таким же, как и было в последнее время.
66. Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.
67. Я верю в конечное торжество справедливости.
68. Меня ужасно задевает, когда меня ругают или критикуют.
69. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я даже не могу усидеть на месте.
70. У некоторых членов моей семьи есть привычки, которые меня раздражают.
71. Я люблю ходить на танцы.
72. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся,
73. По возможности я стараюсь избегать большого скопления людей.
74. Бывает, что я испытываю ненависть к членам моей семьи, которых я обычно люблю.
75. Мой желудок сильно беспокоит меня.
76. Думаю, что многие преувеличивают свои несчастья, чтобы им посочувствовали и помогли.
77. Должен признаться, что временами я волнуюсь из-за пустяков.
78. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как прежде.
79. Часто я и сам огорчаюсь, что я такой раздражительный и ворчливый.
80. Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому что у меня это плохо получается.
81. Бывает, что я с кем-нибудь немного посплетничаю.
82. Почти все мои родственники относятся ко мне доброжелательно.
83. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно что-то случиться страшное.
84. Зачастую мои поступки неправильно истолковываются.
85. Если бы мне дали такую возможность, я мог бы успешно руководить людьми.

86. Я думаю, что мне понравилось бы охотиться на хищных, зверей.

87. Боли в сердце или груди у меня бывают редко (или не бывают совсем).

88. Иногда у меня бывает такое чувство, что я просто должен нанести повреждение самому себе или кому-нибудь другому.

89. В гостях я чаще сижу где-нибудь в стороне или разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.

90. Бывает, что неприличная или даже непристойная шутка вызывает у меня смех.

Самооценочная шкала депрессии В. Зунга

№	Утверждения	Никогд а или изредк а	Иногда	Часто	Почти всегда или постоян но
1.	Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2.	Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3.	У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4.	У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5.	Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6.	Мне приятно смотреть на привлекательных представителей другого пола, разговаривать с ними, находится рядом	1	2	3	4
7.	Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8.	Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9.	Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10	Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11	Я мыслю так же ясно, как всегда	1	2	3	4

12	Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14	У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15	Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16	Мне легко принимать решение	1	2	3	4
17	Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4
18	Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

**Дифференциальный опросник переживания
одиночества Е.Н. Осина и Д.А. Леонтьева (краткий
вариант)**

Утверждения	согласен Не	согласен Скорее	согласен Скорее	Согласен
1. Я чувствую себя одиноким				
2. Когда рядом со мной никого нет, я испытываю скуку				
3. Я люблю оставаться наедине с самим собой				
-4. Есть люди, с которыми я могу				

поговорить				
5. Нет никого, к кому бы я мог обратиться				
6. Мне трудно найти людей, с которыми можно было бы поделиться моими мыслями				
7. В одиночестве приходят интересные идеи				
8. Мне трудно быть вдали от людей				
9. Бывают чувства, ощутить которые можно лишь наедине с собой				
-10. Есть люди, которые по-настоящему понимают меня				
11. Я не люблю оставаться один				
12. Чтобы понять какие-то важные вещи, человеку необходимо остаться одному				
-13. Когда я остаюсь один, я не испытываю неприятных чувств				
14. Я чувствую себя покинутым				
15. В одиночестве голова работает лучше				
16. Люди вокруг меня, но не со мной				
17. В одиночестве человек познает самого себя				
18. Я плохо выношу отсутствие компании				
19. В одиночестве я чувствую себя самим собой				
20. Худшее, что можно сделать с человеком, - это оставить его одного				
21. Мне кажется, что меня никто не понимает				

22. Мне хорошо дома, когда я один				
23. Когда я остаюсь один, я испытываю дискомфорт				
24. В одиночестве каждый видит в себе то, что он есть на самом деле				

Приложение 2

Начальный вариант опросника «Экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний»

<i>Депрессивное состояние</i>	
7	В последние две недели большую часть времени я чувствую себя бодрым
22	Мне кажется, что в последнее время я стал делать все очень медленно
29	В последние 2 недели у меня возникает чувство, что во многих неприятностях виноват(а) я сам(а)
30	Я редко беспокоюсь о своем здоровье
3	В последние две недели я плохо засыпаю, и меня тревожат разные мысли
16	Обычно я все принимаю близко к сердцу
36	Я практически никогда не думаю о своих недостатках
37	Моя жизнь заполнена делами, которые мне не интересны
33	Я не могу ничего делать из-за усталости
14	В последнее время меня стало сложно чем-либо по настоящему обрадовать
4	В последнее время мой вес постоянен
11	Я уверен(а), что в будущем у меня произойдет что-то хорошее
31	Я стал более подавленным (ой) и угнетенным (ой) чем раньше
38	В последние две недели я часто придаюсь грустным размышлениям
<i>Субъективное ощущение одиночества</i>	
10	Мне не комфортно, когда я остаюсь один (одна)
8	В моем окружении нет людей, которые по-настоящему понимают меня
26	Я считаю, что мои близкие и друзья по настоящему обо

	мне не беспокоятся
39	Никто не знает меня настоящего (настоящую)
21	Я не общительный человек
13	В моем окружении всегда есть люди, которым я могу обратиться за помощью
17	Мне легко подружиться с людьми в любой компании
2	Я живу в гармонии с самим (самой) собой, но не с окружающими людьми
15	В последние две недели я стал(а) замечать, что люди меня почему-то сторонятся
9	Я без особого интереса слушаю рассказы новых знакомых
25	Я больше отдаю людям, чем получаю от них
<i>Невротизация</i>	
35	За последние две недели я часто ощущал(а) беспричинное беспокойство
6	Я начинаю тревожиться и нервничать, когда приходится ждать
40	Окружающие недостаточно ценят мой труд (на работе, дома)
27	Меня преследует чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть
20	Даже после восьмичасового сна я чувствую себя неотдохнувшим(ей)
5	В последние две недели у меня без видимых причин меняется настроение
34	Люди, которым я не нравлюсь, на самом деле недооценивают меня
12	Я не испытываю удовлетворения, пока не получу все, чего я заслуживаю
19	Помогая людям, человек в праве в дальнейшем ожидать от них особого отношения к себе
1	Я считаю нужным что-то изменить в своей жизни

23	Я достаточно ранимый человек, но не демонстрирую это
24	Я начинаю сожалеть о своих неудачах, когда узнаю об успехах других
18	Я не ставлю высоких целей, потому что объективно оцениваю свои возможности
32	Меня возмущает, если люди не признают своих ошибок
28	Мне неприятно, когда люди не умеют сдерживаться и открыто проявляют свои чувства.

Приложение 3.

Статистическая пригодность шкал начального варианта опросника «Экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний»

Таблица 1. Депрессивное состояние
Субъективное одиночества

Таблица 2.
переживание

Сводка обработки наблюдений

		N	%
Наблюдения	Валидные	61	100,0
	Исключенные ^а	0	,0
	Итого	61	100,0

а. Сплошное исключение основано на всех переменных в процедуре.

Статистики пригодности

Альфа Кронбаха	Количество пунктов
,392	15

Сводка обработки наблюдений

		N	%
Наблюдения	Валидные	61	100,0
	Исключенные ^а	0	,0
	Итого	61	100,0

а. Сплошное исключение основано на всех переменных в процедуре.

Статистики пригодности

Альфа Кронбаха	Количество пунктов
,529	12

Таблица 3. Невротическое состояние

Сводка обработки наблюдений

		N	%
Наблюдения	Валидные	61	100,0
	Исключенные ^а	0	,0
	Итого	61	100,0

а. Сплошное исключение основано на всех переменных в процедуре.

Статистики пригодности

Альфа Кронбаха	Количество пунктов
,575	16

Статистическая пригодность шкал начального варианта опросника «Экспресс-диагностики психоэмоциональных состояний» в клинической и не клинической выборке

Таблица 4. Депрессивное состояние
Депрессивное состояние
(не клиническая выборка)
(не клиническая выборка)

Таблица 5.
(клиническая
выборка)

Сводка обработки наблюдений

		N	%
Наблюдения	Валидные	22	100,0
	Исключенные ^а	0	,0
	Итого	22	100,0

а. Сплошное исключение основано на всех переменных в процедуре.

Статистики пригодности

Альфа Кронбаха	Количество пунктов
,398	15

Сводка обработки наблюдений

		N	%
Наблюдения	Валидные	39	100,0
	Исключенные ^а	0	,0
	Итого	39	100,0

а. Сплошное исключение основано на всех переменных в процедуре.

Статистики пригодности

Альфа Кронбаха	Количество пунктов
,422	15

Таблица 6. Одиночество
Одиночество
(не клиническая выборка)
(не клиническая выборка)

Таблица 7.
(клиническая
выборка)

Сводка обработки наблюдений

		N	%
Наблюдения	Валидные	39	100,0
	Исключенные ^а	0	,0
	Итого	39	100,0

а. Сплошное исключение основано на всех переменных в процедуре.

Статистики пригодности

Альфа Кронбаха	Количество пунктов
,536	12

Сводка обработки наблюдений

		N	%
Наблюдения	Валидные	22	100,0
	Исключенные ^а	0	,0
	Итого	22	100,0

а. Сплошное исключение основано на всех переменных в процедуре.

Статистики пригодности

Альфа Кронбаха	Количество пунктов
,521	12

Таблица 7. Невротическое состояние
Невротическое состояние
(не клиническая выборка)

Сводка обработки наблюдений

		N	%
Наблюдения	Валидные	39	100,0
	Исключенные ^а	0	,0
	Итого	39	100,0

а. Сплошное исключение основано на всех переменных в процедуре.

Статистики пригодности

Альфа Кронбаха	Количество пунктов
,487	16

Таблица 8.
(клиническая

Сводка обработки наблюдений

		N	%
Наблюдения	Валидные	22	100,0
	Исключенные ^а	0	,0
	Итого	22	100,0

а. Сплошное исключение основано на всех переменных в процедуре.

Статистики пригодности

Альфа Кронбаха	Количество пунктов
,436	16

**Результаты факторизации начального варианта
опросника «Экспресс-диагностики
психоэмоциональных состояний»**

Полная объясненная дисперсия

Компонента	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Итого	% Дисперс	Кумул. %	Итог о	% Дисперс	Кумул. %	Итог о	% Дисперс	Кумул. %

1	4,009	10,023	10,023	4,009	10,023	10,023	2,803	7,009	7,009
2	3,480	8,700	18,723	3,480	8,700	18,723	2,532	6,331	13,340
3	2,768	6,920	25,643	2,768	6,920	25,643	2,466	6,164	19,504
4	2,317	5,793	31,436	2,317	5,793	31,436	2,112	5,280	24,784
5	2,240	5,600	37,037	2,240	5,600	37,037	2,031	5,078	29,863
6	2,097	5,243	42,280	2,097	5,243	42,280	1,893	4,732	34,595
7	1,906	4,765	47,045	1,906	4,765	47,045	1,871	4,678	39,273
8	1,764	4,409	51,454	1,764	4,409	51,454	1,810	4,524	43,797
9	1,574	3,936	55,389	1,574	3,936	55,389	1,776	4,439	48,237
10	1,477	3,693	59,082	1,477	3,693	59,082	1,720	4,300	52,537
11	1,394	3,484	62,566	1,394	3,484	62,566	1,709	4,272	56,809
12	1,302	3,255	65,821	1,302	3,255	65,821	1,705	4,263	61,072
13	1,173	2,931	68,752	1,173	2,931	68,752	1,622	4,056	65,128
14	1,124	2,809	71,562	1,124	2,809	71,562	1,613	4,033	69,161
15	1,036	2,591	74,153	1,036	2,591	74,153	1,584	3,959	73,120
16	1,011	2,527	76,679	1,011	2,527	76,679	1,424	3,559	76,679
17	,914	2,284	78,964						
18	,790	1,976	80,939						
19	,775	1,937	82,877						
20	,706	1,764	84,641						
21	,698	1,746	86,387						
22	,651	1,627	88,014						
23	,569	1,422	89,435						
24	,531	1,327	90,762						
25	,490	1,226	91,988						
26	,474	1,185	93,173						
27	,395	,988	94,161						
28	,353	,883	95,043						
29	,324	,810	95,854						
30	,294	,734	96,587						
31	,255	,639	97,226						
32	,210	,525	97,751						
33	,205	,513	98,264						
34	,157	,393	98,657						

35	,146	,365	99,022													
36	,123	,306	99,328													
37	,099	,248	99,577													
38	,094	,234	99,811													
39	,054	,135	99,945													
40	,022	,055	100,000													

Метод выделения: Анализ главных компонент.

Матрица повернутых компонент^a

	Компонента															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
22	,859 7	-,07 4	-,02 4	,032 9	-,11 6	-,06 1	-,02 3	,080 8	-,00 3	-,00 8	-,05 4	-,02 5	-,02 9	,009 9	,024 9	,021 9
24	,736 1	,114 8	-,13 1	-,03 8	-,01 4	,065 4	-,02 6	,212 6	,143 6	-,19 2	,026 2	,049 2	,106 2	,096 2	,131 2	-,26 4
19	,618 6	-,24 4	-,07 4	,183 4	,125 3	-,14 3	-,05 4	-,02 8	-,27 7	,237 7	,079 7	-,02 1	-,00 1	-,12 9	-,00 3	,099 3
1	,558 5	-,06 4	-,26 4	-,08 2	,183 2	,212 2	-,06 7	-,16 7	-,42 7	-,18 3	,053 3	-,17 3	,101 3	-,08 4	,145 4	-,06 7
33	-,05 8	,796 2	-,08 2	,169 2	,030 1	-,06 1	,023 1	,056 1	,090 1	-,12 4	-,07 0	,061 4	-,01 4	-,18 3	-,10 4	,056 4
35	-,06 3	,727 8	-,04 3	-,04 3	-,17 2	,067 2	,142 2	-,18 5	,094 5	,258 5	,006 5	-,03 7	-,02 2	-,02 4	,000 4	-,02 8
25	-,11 3	,680 7	,074 7	-,06 7	,110 6	-,01 6	-,27 7	,010 5	-,13 5	-,23 9	,088 9	-,02 0	-,01 0	,108 0	,148 0	,146 0
40	-,07 6	,058 8	,824 2	,082 2	-,06 5	-,13 3	-,04 3	-,09 4	-,05 5	-,05 7	-,08 8	,159 2	-,08 2	-,00 6	-,00 8	-,01 7
9	-,13 1	-,20 8	,667 6	-,17 6	,106 6	,188 6	,064 5	-,12 5	,127 5	,125 5	,012 5	,110 5	,107 5	-,03 6	-,23 2	-,20 4
4	-,02 2	,061 3	,550 3	-,29 3	,374 3	-,16 6	,175 6	,108 3	-,11 3	,203 3	-,17 3	-,08 0	,114 0	,099 0	,025 0	,084 0
2	-,19 3	-,36 3	,463 3	,327 3	,232 2	-,10 2	-,13 6	,096 6	,041 6	,131 6	,180 6	-,03 9	,074 9	-,14 0	,333 0	-,18 5
11	,061 0	,143 1	-,06 1	,839 0	-,04 0	-,11 3	,016 7	-,00 7	-,03 8	,042 8	,027 8	,025 8	,195 8	,020 8	,036 8	-,05 8
27	,403 8	-,16 8	,000 8	,494 8	,326 8	,013 8	,103 8	,372 8	,009 8	-,04 6	-,12 9	-,21 2	,035 2	-,21 2	,036 2	,066 2
30	-,07 4	-,00 8	-,02 7	-,09 3	-,85 5	-,05 2	-,08 8	-,01 8	,136 8	-,12 2	,035 2	-,10 8	-,10 5	,049 5	-,05 6	-,10 5
6	,275 5	,149 5	-,09 6	,162 7	-,62 7	,238 7	,154 7	-,19 7	-,08 1	,160 5	-,01 5	,033 5	,084 5	-,03 0	,325 0	,141 0
16	-,02 7	-,02 9	-,00 6	-,13 5	,005 5	,862 4	-,11 4	-,01 2	,039 2	,042 8	-,00 8	,089 2	-,01 2	-,08 9	,129 9	-,00 8
28	,057 4	-,15 4	,189 9	-,15 9	,213 3	-,58 3	,255 8	-,34 8	,277 3	-,05 3	-,01 3	,086 3	-,16 9	-,04 2	,145 2	,156 2
32	-,06 9	-,06 1	-,17 7	-,10 0	,255 0	,366 9	,293 0	-,20 1	-,07 7	,102 2	-,12 2	,109 2	-,34 1	,099 6	-,26 6	,361 6
21	-,06 2	,096 9	,155 9	-,05 9	-,06 9	-,07 0	,767 0	,137 0	,110 0	,046 0	,109 0	,049 0	-,00 2	,222 2	,046 2	,151 2

20	,043	,134	,055	-,04	-,10	,174	-,70	,116	-,03	,162	,250	,079	-,20	,175	-,01	,112
18	,043	,049	-,37	,236	,265	-,05	,463	,068	-,09	,292	-,04	,017	,100	,029	,114	-,31
34	,099	-,14	-,15	-,00	,110	,000	,075	,771	,015	-,07	-,01	-,06	-,02	,195	,077	,072
26	,209	,098	,141	,125	,052	,215	-,08	,518	-,23	,266	,284	,192	-,05	-,29	,019	-,04
14	,077	-,02	,020	,026	,146	,041	-,07	,004	-,76	-,08	-,04	-,04	-,08	-,03	,057	,007
5	,088	,305	,021	-,06	,297	,207	,002	-,18	,493	-,14	-,12	-,27	-,21	-,11	-,06	-,11
37	-,09	-,25	,043	,207	,212	,007	,047	-,35	,413	,028	,033	-,15	,403	,020	,195	,247
12	,045	,058	-,05	-,05	-,10	-,04	,035	,068	-,07	-,83	,104	,166	-,17	,080	,105	,007
29	-,23	-,15	,091	-,10	-,22	,273	,074	,239	,112	,458	,100	-,11	-,40	,182	,085	,052
38	,266	-,14	-,08	,236	-,05	-,15	-,09	-,03	-,00	-,12	,790	,070	,043	,012	-,19	,008
23	,409	-,14	,057	,217	,047	-,11	,000	-,09	-,03	,032	-,72	-,01	,017	,029	-,15	,062
3	,010	-,02	-,02	-,04	-,02	,183	,020	,086	,060	-,10	-,00	,813	-,12	,107	-,13	-,05
8	-,10	,039	,292	,052	,159	-,13	-,02	-,18	-,05	-,11	,118	,727	,056	,038	,187	,057
31	,065	-,07	,026	,175	,065	,083	,173	-,01	,036	,183	,016	-,07	,826	,127	-,10	-,01
17	-,04	,265	-,08	-,37	-,13	-,20	,013	,301	,088	-,17	-,38	-,05	,393	-,01	,258	,129
13	,028	,120	-,02	-,02	,026	,053	-,05	-,08	,044	,093	,011	-,11	-,11	-,82	-,02	,088
10	,113	,148	-,33	-,23	,018	-,14	-,10	,071	,362	,233	-,09	,238	-,12	,503	,007	,013
15	-,08	-,08	,415	,347	-,05	,191	,257	,016	,193	,046	,216	-,24	-,01	,421	,051	-,04
39	,258	-,15	-,09	,126	-,03	,050	,001	,137	-,15	-,15	-,03	,048	-,11	,140	,744	-,20
36	-,07	,314	-,07	-,39	-,03	,162	,253	-,08	,085	,047	-,12	-,09	,016	-,11	,534	,021
7	-,06	,118	-,09	-,04	,040	-,05	,000	,065	-,00	-,00	-,03	-,01	,026	-,09	-,08	,860

Метод выделения: Анализ методом главных компонент.

Метод вращения: Варимакс с нормализацией Кайзера.

а. Вращение сошлось за 21 итераций.

Полная объясненная дисперсия

	Начальные собственные значения	Суммы квадратов нагрузок извлечения	Суммы квадратов нагрузок вращения
--	--------------------------------------	--	--------------------------------------

Компонента	Итог о	% Дисперс	Кумул. %	Итог о	% Дисперс	Кумул. %	Итог о	% Дисперс	Кумул. %
1	4,009	10,023	10,023	4,009	10,023	10,023	3,505	8,762	8,762
2	3,480	8,700	18,723	3,480	8,700	18,723	2,600	6,500	15,262
3	2,768	6,920	25,643	2,768	6,920	25,643	2,502	6,256	21,518
4	2,317	5,793	31,436	2,317	5,793	31,436	2,480	6,199	27,717
5	2,240	5,600	37,037	2,240	5,600	37,037	2,425	6,063	33,780
6	2,097	5,243	42,280	2,097	5,243	42,280	2,420	6,051	39,831
7	1,906	4,765	47,045	1,906	4,765	47,045	2,219	5,546	45,377
8	1,764	4,409	51,454	1,764	4,409	51,454	2,102	5,256	50,633
9	1,574	3,936	55,389	1,574	3,936	55,389	1,902	4,756	55,389
10	1,477	3,693	59,082						
11	1,394	3,484	62,566						
12	1,302	3,255	65,821						
13	1,173	2,931	68,752						
14	1,124	2,809	71,562						
15	1,036	2,591	74,153						
16	1,011	2,527	76,679						
17	,914	2,284	78,964						
18	,790	1,976	80,939						
19	,775	1,937	82,877						
20	,706	1,764	84,641						
21	,698	1,746	86,387						
22	,651	1,627	88,014						
23	,569	1,422	89,435						
24	,531	1,327	90,762						
25	,490	1,226	91,988						
26	,474	1,185	93,173						
27	,395	,988	94,161						
28	,353	,883	95,043						
29	,324	,810	95,854						
30	,294	,734	96,587						
31	,255	,639	97,226						
32	,210	,525	97,751						
33	,205	,513	98,264						
34	,157	,393	98,657						
35	,146	,365	99,022						
36	,123	,306	99,328						
37	,099	,248	99,577						
38	,094	,234	99,811						
39	,054	,135	99,945						
40	,022	,055	100,000						

Метод выделения: Анализ главных компонент.

Матрица повернутых компонент^a

Приложение 6.

Результаты корреляционного анализа групп утверждений, выделенных с помощью факторного анализа с итоговым показателем.

Корреляции Фактор 1

		VAR000 01	VAR000 14	VAR000 19
ро	Коэффициент	1,000	,143	,411**
Спирмен	VAR000корреляции			
а	01	Знч. (2-сторон)	,027	,001
		N	61	61
	Коэффициент	,143	1,000	,232
	VAR000корреляции			
	14	Знч. (2-сторон)	,027	,072
		N	61	61
	Коэффициент	,411**	,232	1,000
	VAR000корреляции			
	19	Знч. (2-сторон)	,001	,072
		N	61	61
	Коэффициент	,411**	,023	,442**
	VAR000корреляции			
	22	Знч. (2-сторон)	,001	,861
		N	61	61
	Коэффициент	,175	,082	,287*
	VAR000корреляции			
	23	Знч. (2-сторон)	,177	,531
		N	61	61
	Коэффициент	,402**	-,003	,305*
	VAR000корреляции			
	24	Знч. (2-сторон)	,001	,985
		N	61	61
	Коэффициент	,245	,182	,385**
	VAR000корреляции			
	27	Знч. (2-сторон)	,057	,161
		N	61	61
	Коэффициент	,295*	,184	,184
	VAR000корреляции			
	39	Знч. (2-сторон)	,021	,155
		N	61	61
Фактор	Коэффициент	,678**	,242	,641**
1	корреляции			

	Знч. (2-сторон)	,000	,053	,000
	N	61	61	61

Корреляции

		VAR000 22	VAR000 23	VAR000 24
ро	Коэффициент	,411**	,175	,402**
Спирмена	VAR000 корреляции			
01	Знч. (2-сторон)	,001	,177	,001
	N	61	61	61
	Коэффициент	,023	,082	-,003
	VAR000 корреляции			
14	Знч. (2-сторон)	,861	,531	,985
	N	61	61	61
	Коэффициент	,442**	,287*	,305*
	VAR000 корреляции			
19	Знч. (2-сторон)	,000	,025	,017
	N	61	61	61
	Коэффициент	1,000	,355**	,536**
	VAR000 корреляции			
22	Знч. (2-сторон)	.	,005	,000
	N	61	61	61
	Коэффициент	,355**	1,000	,164
	VAR000 корреляции			
23	Знч. (2-сторон)	,005	.	,206
	N	61	61	61
	Коэффициент	,536**	,164	1,000
	VAR000 корреляции			
24	Знч. (2-сторон)	,000	,206	.
	N	61	61	61
	Коэффициент	,385**	,279*	,308*
	VAR000 корреляции			
27	Знч. (2-сторон)	,002	,029	,016
	N	61	61	61
	Коэффициент	,263*	-,030	,352**
	VAR000 корреляции			
39	Знч. (2-сторон)	,041	,817	,005
	N	61	61	61
Фактор	Коэффициент	,707**	,505**	,607**
1	корреляции			

	Знч. (2-сторон)	,000	,000	,000
	N	61	61	61

Корреляции

		VAR000 27	VAR000 39	Фактор 1
ро	Коэффициент	,245	,295*	,678**
Спирмена	VAR000 корреляции			
01	Знч. (2-сторон)	,057	,021	,000
	N	61	61	61
	Коэффициент	,182	,184	,242
	VAR000 корреляции			
14	Знч. (2-сторон)	,161	,155	,053
	N	61	61	61
	Коэффициент	,385**	,184	,641**
	VAR000 корреляции			
19	Знч. (2-сторон)	,002	,155	,000
	N	61	61	61
	Коэффициент	,385**	,263*	,707**
	VAR000 корреляции			
22	Знч. (2-сторон)	,002	,041	,000
	N	61	61	61
	Коэффициент	,279*	-,030	,505**
	VAR000 корреляции			
23	Знч. (2-сторон)	,029	,817	,000
	N	61	61	61
	Коэффициент	,308*	,352**	,607**
	VAR000 корреляции			
24	Знч. (2-сторон)	,016	,005	,000
	N	61	61	61
	Коэффициент	1,000	,200	,641**
	VAR000 корреляции			
27	Знч. (2-сторон)	.	,123	,000
	N	61	61	61
	Коэффициент	,200	1,000	,476**
	VAR000 корреляции			
39	Знч. (2-сторон)	,123	.	,000
	N	61	61	61
Фактор	Коэффициент	,641**	,476**	1,000**
1	корреляции			

	Знч. (2-сторон)	,000	,000	.
	N	61	61	61

** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

Корреляции Фактор 2

		VAR000 02	VAR000 09	VAR000 10
ро Спирмен а	Коэффициент VAR000корреляции	1,000	,320*	-,321*
	02 Знч. (2-сторон)	.	,012	,012
	N	61	61	61
	Коэффициент VAR000корреляции	,320*	1,000	-,163
	09 Знч. (2-сторон)	,012	.	,208
	N	61	61	61
	Коэффициент VAR000корреляции	-,321*	-,163	1,000
	10 Знч. (2-сторон)	,012	,208	.
	N	61	61	61
	Коэффициент VAR000корреляции	-,241	-,030	,077
	32 Знч. (2-сторон)	,061	,818	,555
	N	61	61	61
	Коэффициент VAR000корреляции	,340**	,518**	-,183
	40 Знч. (2-сторон)	,007	,000	,159
	N	61	61	61
Фактор корреляции	,480**	,747**	,095	
2 Знч. (2-сторон)	,000	,000	,465	
N	61	61	61	

Корреляции

		VAR000 32	VAR000 40	Фактор 2
ро	VAR000 Коэффициент	-,241	,340**	,480**
Спирмена	02 корреляции			
	Знч. (2-сторон)	,061	,007	,000
	N	61	61	61

	Коэффициент	VAR000	корреляции	09	Знч. (2-сторон)	N	Коэффициент	VAR000	корреляции	10	Знч. (2-сторон)	N	Коэффициент	VAR000	корреляции	32	Знч. (2-сторон)	N	Коэффициент	VAR000	корреляции	40	Знч. (2-сторон)	N	Коэффициент	Фактор	корреляции	2	Знч. (2-сторон)	N

*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

**. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Корреляции Фактор 3

			VAR000	VAR000	VAR000
			11	12	15
ро	Коэффициент	VAR000	1,000	-,090	,166
Спирмен	корреляции				
а	11	Знч. (2-сторон)	.	,489	,200
	N		61	61	61
	Коэффициент	VAR000	-,090	1,000	-,055
	корреляции				
	12	Знч. (2-сторон)	,489	.	,672
	N		61	61	61
	Коэффициент	VAR000	,166	-,055	1,000
	корреляции				
	15	Знч. (2-сторон)	,200	,672	.
	N		61	61	61

	Коэффициент	,207	-,175	,101
VAR000	корреляции			
18	Знч. (2-сторон)	,110	,177	,440
	N	61	61	61
	Коэффициент	,034	-,011	,263*
VAR000	корреляции			
21	Знч. (2-сторон)	,795	,934	,041
	N	61	61	61
	Коэффициент	,263*	-,289*	,233
VAR000	корреляции			
31	Знч. (2-сторон)	,041	,024	,071
	N	61	61	61
	Коэффициент	,541**	,092	,598**
Фактор	корреляции			
3	Знч. (2-сторон)	,000	,480	,000
	N	61	61	61

Корреляции

		VAR000	VAR000	VAR000
		18	21	31
ро	Коэффициент	,207	,034	,263*
Спирмена	VAR000 корреляции			
11	Знч. (2-сторон)	,110	,795	,041
	N	61	61	61
	Коэффициент	-,175	-,011	-,289*
VAR000	корреляции			
12	Знч. (2-сторон)	,177	,934	,024
	N	61	61	61
	Коэффициент	,101	,263*	,233
VAR000	корреляции			
15	Знч. (2-сторон)	,440	,041	,071
	N	61	61	61
	Коэффициент	1,000	,166	,274*
VAR000	корреляции			
18	Знч. (2-сторон)	.	,200	,033
	N	61	61	61
VAR000	Коэффициент	,166	1,000	,101
21	корреляции			
	Знч. (2-сторон)	,200	.	,440
	N	61	61	61

	Коэффициент корреляции	,274*	,101	1,000
VAR00031	Знч. (2-сторон)	,033	,440	.
	N	61	61	61
Фактор3	Коэффициент корреляции	,549**	,539**	,550**
	Знч. (2-сторон)	,000	,000	,000
	N	61	61	61

Корреляции

		Фактор3
	Коэффициент корреляции	,541**
VAR00011	Знч. (2-сторон)	,000
	N	61
	Коэффициент корреляции	,092
VAR00012	Знч. (2-сторон)	,480
	N	61
	Коэффициент корреляции	,598**
VAR00015	Знч. (2-сторон)	,000
	N	61
ро Спирмена VAR00018	Коэффициент корреляции	,549**
	Знч. (2-сторон)	,000
	N	61
	Коэффициент корреляции	,539**
VAR00021	Знч. (2-сторон)	,000
	N	61
	Коэффициент корреляции	,550**
VAR00031	Знч. (2-сторон)	,000
	N	61
Фактор3	Коэффициент корреляции	1,000
	Знч. (2-сторон)	.
	N	61

*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).
 **. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Корреляции Фактор 4

			VAR000 17	VAR000 36	VAR000 38
ро Спирмен а	Коэффициент		1,000	,262*	-,415**
	VAR000	корреляции			
	17	Знч. (2-сторон)	.	,042	,001
		N	61	61	61
	Коэффициент		,262*	1,000	-,371**
	VAR000	корреляции			
	36	Знч. (2-сторон)	,042	.	,003
		N	61	61	61
	Коэффициент		-,415**	-,371**	1,000
	VAR000	корреляции			
	38	Знч. (2-сторон)	,001	,003	.
		N	61	61	61
Коэффициент		,637**	,666**	,076	
Фактор	корреляции				
4	Знч. (2-сторон)	,000	,000	,559	
	N	61	61	61	

Корреляции

		Фактор4
ро Спирмена	Коэффициент	,637
	корреляции	
VAR00017	Знч. (2-сторон)	,000
	N	61
	Коэффициент	,666**
	корреляции	
VAR00036	Знч. (2-сторон)	,000
	N	61
	Коэффициент	,076
	корреляции	
VAR00038	Знч. (2-сторон)	,559
	N	61
Фактор4	Коэффициент	1,000
	корреляции	
	Знч. (2-сторон)	.

*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

**.. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Корреляции Фактор 5

		VAR000 16	VAR000 20	VAR000 26
ро Спирмен а	Коэффициент VAR000корреляции	1,000	,229	,175
	16 Знч. (2-сторон)	.	,076	,178
	N	61	61	61
	Коэффициент VAR000корреляции	,229	1,000	,213
	20 Знч. (2-сторон)	,076	.	,100
	N	61	61	61
	Коэффициент VAR000корреляции	,175	,213	1,000
	26 Знч. (2-сторон)	,178	,100	.
	N	61	61	61
	Коэффициент VAR000корреляции	-,393**	-,219	-,355**
	28 Знч. (2-сторон)	,002	,089	,005
	N	61	61	61
	Коэффициент VAR000корреляции	,198	,163	,137
	29 Знч. (2-сторон)	,127	,208	,291
	N	61	61	61
Коэффициент VAR000корреляции	-,013	-,183	-,262*	
37 Знч. (2-сторон)	,923	,159	,042	
N	61	61	61	
Коэффициент Фактор корреляции	,218	,113	,236	
5 Знч. (2-сторон)	,132	,205	,127	
N	61	61	61	

Корреляции

	VAR000 28	VAR000 29	VAR000 37
--	--------------	--------------	--------------

	Коэффициент	-,393**	,198	-,013
VAR000	корреляции			
16	Знч. (2-сторон)	,002	,127	,923
	N	61	61	61
	Коэффициент	-,219	,163	-,183
VAR000	корреляции			
20	Знч. (2-сторон)	,089	,208	,159
	N	61	61	61
	Коэффициент	-,355**	,137	-,262*
VAR000	корреляции			
26	Знч. (2-сторон)	,005	,291	,042
	N	61	61	61
ро	Коэффициент	1,000	-,166	,241
Спирмена	VAR000			
28	корреляции			
	Знч. (2-сторон)	.	,202	,061
	N	61	61	61
	Коэффициент	-,166	1,000	-,122
VAR000	корреляции			
29	Знч. (2-сторон)	,202	.	,348
	N	61	61	61
	Коэффициент	,241	-,122	1,000
VAR000	корреляции			
37	Знч. (2-сторон)	,061	,348	.
	N	61	61	61
	Коэффициент	,036	,225	,542**
Фактор	корреляции			
5	Знч. (2-сторон)	,783	,108	,005
	N	61	61	61

Корреляции

		Фактор5
ро Спирмена	Коэффициент	,218
	корреляции	
VAR00016	Знч. (2-сторон)	,132
	N	61
VAR00020	Коэффициент	,113
	корреляции	
	Знч. (2-сторон)	,205
	N	61

	Коэффициент корреляции	,236
VAR00026	Знч. (2-сторон) N	,127 61
	Коэффициент корреляции	,036
VAR00028	Знч. (2-сторон) N	,783 61
	Коэффициент корреляции	,225
VAR00029	Знч. (2-сторон) N	,108 61
	Коэффициент корреляции	,542**
VAR00037	Знч. (2-сторон) N	,005 61
	Коэффициент корреляции	1,000
Фактор5	Знч. (2-сторон) N	. 61

** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

Корреляции Фактор 6

			VAR000 25	VAR000 33	VAR000 35
ро Спирмен а	Коэффициент		1,000	,422**	-,163
	VAR000	корреляции			
	25	Знч. (2-сторон)	.	,001	,132
		N	61	61	61
	Коэффициент		,422**	1,000	,275*
	VAR000	корреляции			
	33	Знч. (2-сторон)	,001	.	,032
		N	61	61	61
	Коэффициент		-,163	,275*	1,000
	VAR000	корреляции			
	35	Знч. (2-сторон)	,132	,032	.
		N	61	61	61
	Коэффициент		,245	,819**	,241
	Фактор	корреляции			
	6	Знч. (2-сторон)	,126	,000	,089
	N	61	61	61	

Корреляции

		Фактор6	
ро Спирмена	Коэффициент	,245	
	VAR00025	корреляции	
		Знч. (2-сторон)	,126
		N	61
	Коэффициент	,819**	
	VAR00033	корреляции	
		Знч. (2-сторон)	,000
		N	61
	Коэффициент	,241	
	VAR00035	корреляции	
		Знч. (2-сторон)	,089
		N	61
	Коэффициент	1,000	
	Фактор6	корреляции	
		Знч. (2-сторон)	.
	N	61	

** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

Корреляции Фактор 7

		VAR000 04	VAR000 06	VAR000 07
ро Спирмен а	Коэффициент	1,000	-,254*	,040
	VAR000 корреляции			
	04 Знч. (2-сторон)	.	,049	,762
	N	61	61	61
	Коэффициент	-,254*	1,000	,025
	VAR000 корреляции			
	06 Знч. (2-сторон)	,049	.	,845
	N	61	61	61
	Коэффициент	,040	,025	1,000
	VAR000 корреляции			
	07 Знч. (2-сторон)	,762	,845	.
	N	61	61	61
	Коэффициент	-,344**	,369**	-,099
	VAR000 корреляции			
	30 Знч. (2-сторон)	,007	,003	,449
	N	61	61	61
	Коэффициент	,534**	,617**	,226
	Фактор корреляции			
7 Знч. (2-сторон)	,000	,000	,080	
N	61	61	61	

Корреляции

		VAR0003 0	Фактор7
ро Спирмена	Коэффициент	-,344	,534**
	VAR0000 корреляции		
	4 Знч. (2-сторон)	,007	,000
	N	61	61
	Коэффициент	,369**	,617**
	VAR0000 корреляции		
	6 Знч. (2-сторон)	,003	,000
	N	61	61
	VAR0000 Коэффициент	-,099	,226
	7 корреляции		
	Знч. (2-сторон)	,449	,080
	N	61	61

	Коэффициент	1,000	,461**
VAR0003	корреляции		
0	Знч. (2-сторон)	.	,000
	N	61	61
Фактор7	Коэффициент	,461**	1,000
	корреляции		
	Знч. (2-сторон)	,000	.
	N	61	61

*. Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

**.. Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Корреляции Фактор 8

		VAR00005	VAR00013	VAR00034
	Коэффициент	1,000	,614**	,438**
VAR00005	корреляции			
	Знч. (2-сторон)	.	,000	,000
	N	61	61	61
	Коэффициент	,614**	1,000	-,148
VAR00013	корреляции			
	Знч. (2-сторон)	,000	.	,253
	N	61	61	61
	Коэффициент	,438**	-,148	1,000
VAR00034	корреляции			
	Знч. (2-сторон)	,000	,253	.
	N	61	61	61
Фактор8	Коэффициент	,177	-,130	,605**
	корреляции			
	Знч. (2-сторон)	,172	,317	,000
	N	61	61	61

Корреляции

		Фактор8
ро Спирмена	Коэффициент	,177
VAR00005	корреляции	
	Знч. (2-сторон)	,172
	N	61
VAR00013	Коэффициент	-,130
	корреляции	

	Знч. (2-сторон)	,317
	N	61
VAR00034	Коэффициент корреляции	,605**
	Знч. (2-сторон)	,000
	N	61
Фактор8	Коэффициент корреляции	1,000
	Знч. (2-сторон)	.
	N	61

** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Корреляции Фактор 9

	VAR00003	VAR00008	Фактор9
Коэффициент корреляции	1,000	,378**	,226
Знч. (2-сторон)	.	,003	,089
N	61	61	61
Коэффициент корреляции	,378**	1,000	,833**
Знч. (2-сторон)	,003	.	,000
N	61	61	61
Коэффициент корреляции	,226**	,833**	1,000
Знч. (2-сторон)	,089	,000	.
N	61	61	61

** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Исправленный вариант опросника «Экспресс-диагностики
психоэмоциональных состояний»

Вопросы	
1	Я считаю нужным что-то изменить в своей жизни
2	Я живу в гармонии с самим (самой) собой, но не с окружающими людьми
3	Мне не комфортно, когда я остаюсь один (одна)
4	Я не ставлю высоких целей, потому что объективно оцениваю свои возможности
5	Мне кажется, что я стал делать все очень медленно
6	В моем окружении нет людей, которые по-настоящему понимают меня
7	Я без особого интереса слушаю рассказы новых знакомых
8	Я начинаю тревожиться и нервничать, когда приходится ждать
9	Я стал замечать, что люди меня почему-то сторонятся
1 0	Я редко беспокоюсь о своем здоровье
1 1	В последнее время мой вес постоянен
1 2	Помогая людям, человек в праве в дальнейшем ожидать от них особого отношения к себе
1 3	Я не общительный человек
1 4	Я уверен (а), что в будущем у меня произойдет что-то хорошее
1 5	Я достаточно ранимый человек, но не демонстрирую это
1 6	Я начинаю сожалеть о своих неудачах, когда узнаю об успехах других

1 7	Моя жизнь заполнена делами, которые мне не интересны
1 8	Меня преследует чувство сонливости в течении дня, которое трудно преодолеть
1 9	Мне легко подружиться с людьми в любой компании
2 0	Я не могу ничего делать из-за усталости
2 1	Люди, которым я не нравлюсь, на самом деле недооценивают меня
2 2	Я стал(а) более подавленным (ой) и угнетенным (ой) чем раньше
2 3	Я практически никогда не думаю о своих недостатках
2 4	Никто не знает меня настоящего (настоящую)

**Результаты факторизации исправленного варианта
опросника «Экспресс-диагностики
психоэмоциональных состояний»
Полная объясненная дисперсия**

Ко мп оне нта	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Ито го	% Диспер сии	Кумул ят. %	Ито го	% Диспер сии	Кумул ят. %	Ито го	% Диспер сии	Кумул ят. %
1	3,11	12,970	12,970	3,11	12,970	12,970	2,34	9,764	9,764
2	3,08	12,855	25,825	3,08	12,855	25,825	1,93	8,056	17,820
3	1,63	6,801	32,626	1,63	6,801	32,626	1,76	7,372	25,192
4	1,41	5,911	38,537	1,41	5,911	38,537	1,73	7,214	32,407
5	1,35	5,623	44,160	1,35	5,623	44,160	1,65	6,905	39,311
6	1,24	5,193	49,353	1,24	5,193	49,353	1,48	6,192	45,503
7	1,16	4,850	54,202	1,16	4,850	54,202	1,47	6,128	51,632
8	1,11	4,664	58,866	1,11	4,664	58,866	1,45	6,044	57,676
9	1,06	4,425	63,292	1,06	4,425	63,292	1,34	5,616	63,292
10	,969	4,038	67,329						
11	,940	3,916	71,246						
12	,895	3,727	74,973						
13	,776	3,232	78,205						
14	,731	3,047	81,253						
15	,669	2,789	84,041						
16	,632	2,631	86,673						
17	,535	2,229	88,902						
18	,512	2,135	91,037						
19	,474	1,976	93,012						
20	,417	1,738	94,751						
21	,390	1,624	96,375						
22	,364	1,517	97,892						
23	,301	1,254	99,145						

24	,205	,855	100,00						
			0						

Метод выделения: Анализ главных компонент.

Матрица повернутых компонент^а

№	Компонента								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	,830	,054	,012	-,004	-,008	,003	,084	,019	-,080
3	,620	-,197	-,259	,137	-,093	,040	-,004	-,070	-,038
6	,580	,077	,169	-,106	-,104	,083	,554	,000	-,010
1	,548	-,195	-,096	-,083	,054	-,281	,024	-,297	-,103
5	,545	,004	,149	-,070	-,271	-,259	-,081	-,025	,257
16	-,083	,729	-,074	,220	-,029	,055	-,031	,052	,168
11	-,011	,672	-,298	-,118	,282	,145	-,070	-,128	,048
12	-,147	,397	,024	,249	-,324	,236	-,234	-,003	-,110
17	,144	-,104	,683	-,040	,028	,017	-,175	-,033	-,265
24	-,148	-,222	,630	-,027	,112	,062	,034	-,020	,283
23	-,170	,014	,512	-,272	,309	,002	-,064	,020	-,111
19	,065	-,099	,028	-,669	,108	,079	,108	,107	,010
9	-,119	,370	-,229	,662	-,077	,043	,076	-,238	,120
7	,393	-,292	-,044	,644	,042	,085	,187	,161	,012
21	-,157	,093	,084	-,119	,781	-,054	,018	,008	-,042
22	-,022	-,045	,201	,000	,683	-,004	-,253	,115	-,124
14	-,091	-,043	,158	-,202	-,059	,755	,246	-,063	,128

13	-,079	,272	-,029	,307	-,097	,548	-,045	-,020	-,183
15	,026	,150	-,267	-,050	,117	,544	-,392	,018	,378
8	,054	-,125	-,218	,036	-,114	,071	,803	-,066	,028
18	-,086	-,294	-,086	-,092	,165	,061	-,097	,767	,086
2	,096	-,437	-,030	,147	,107	,158	,030	-,672	,165
20	-,028	,030	,402	-,031	,241	-,152	,256	,423	,408
10	-,046	,113	-,076	,058	-,188	,079	,003	-,008	,795

Метод выделения: Анализ методом главных компонент.

Метод вращения: Варимакс с нормализацией Кайзера.

а. Вращение сошлось за 19 итераций.

Полная объясненная дисперсия

Контент	Начальные собственные значения			Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Итого	% Дисперсии	Кумулят. %	Итого	% Дисперсии	Кумулят. %	Итого	% Дисперсии	Кумулят. %
1	3,113	12,970	12,970	3,113	12,970	12,970	2,438	10,160	10,160
2	3,085	12,855	25,825	3,085	12,855	25,825	2,159	8,996	19,156
3	1,632	6,801	32,626	1,632	6,801	32,626	2,120	8,831	27,987
4	1,419	5,911	38,537	1,419	5,911	38,537	1,969	8,205	36,192
5	1,350	5,623	44,160	1,350	5,623	44,160	1,629	6,787	42,979
6	1,246	5,193	49,353	1,246	5,193	49,353	1,530	6,374	49,353
7	1,164	4,850	54,202						

8	1,11	4,664	58,866					
9	1,06	4,425	63,292					
10	,969	4,038	67,329					
11	,940	3,916	71,246					
12	,895	3,727	74,973					
13	,776	3,232	78,205					
14	,731	3,047	81,253					
15	,669	2,789	84,041					
16	,632	2,631	86,673					
17	,535	2,229	88,902					
18	,512	2,135	91,037					
19	,474	1,976	93,012					
20	,417	1,738	94,751					
21	,390	1,624	96,375					
22	,364	1,517	97,892					
23	,301	1,254	99,145					
24	,205	,855	100,000					

Метод выделения: Анализ главных компонент.

Матрица повернутых компонент^a

	Компонента					
	1	2	3	4	5	6
VAR00014	,819	,029	-,055	,074	-,070	-,053
VAR00016	,679	-,129	-,164	-,017	,021	,295
VAR00012	,567	-,220	,007	-,055	-,218	-,124
VAR00015	,562	-,067	-,009	-,100	,130	-,065

VAR00001	,524	-,001	-,219	-,135	-,322	-,231
VAR00018	,428	-,150	,365	-,360	,050	,000
VAR00020	-,081	,647	-,104	,051	,072	-,095
VAR00004	,153	,597	,024	-,317	-,052	,151
VAR00022	-,157	,580	-,218	-,062	,089	,181
VAR00021	,178	-,546	-,176	-,132	-,066	,265
VAR00017	-,164	,519	-,235	,202	,065	-,026
VAR00003	-,005	-,372	,188	,151	,357	,318
VAR00002	-,044	-,261	,712	,171	-,121	-,042
VAR00008	,022	,069	-,653	,144	,072	,165
VAR00007	-,153	-,027	,511	,240	-,052	,024
VAR00009	-,096	-,008	,451	,262	-,177	,252
VAR00006	-,034	,067	,088	,784	-,065	-,048
VAR00024	-,025	-,033	,470	,547	,211	-,017
VAR00019	-,102	-,045	,129	,518	,025	,263
VAR00010	,082	,187	-,101	-,131	,684	,222
VAR00005	-,153	,012	-,257	-,099	,589	-,105
VAR00011	,075	-,070	,020	-,275	-,570	,294
VAR00013	-,093	-,072	-,093	,150	-,089	,782
VAR00023	-,084	,350	-,018	-,361	,222	,456

Метод выделения: Анализ методом главных компонент.

Метод вращения: Варимакс с нормализацией Кайзера.

а. Вращение сошлось за 10 итераций.

Корреляции

		Втори чные преиму ществ аболе зни	Депре ссивн аясим птома тика	Субье ктпер еживо дин	Фруст рация потре бнвса морас к	Сомат ическ аясим птома тика	Уходо тпроб лем	Депре ссия3 унг	Общее одио чество
ро Спир мена	Коэффицие нт корреляци	1,000	-,134	,316**	,125	,042	-,145	-,009	,382**
	Вторичные преимущес тваблезни Знч. (2- сторон)	.	,083	,000	,108	,586	,062	,907	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Депрессив наясимпто матика	Коэффицие нт корреляци	-,134	1,000	-,104	,077	,420**	,336**	,899**	-,077
	Знч. (2- сторон)	,083	.	,180	,325	,000	,000	,000	,324
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Субъектпе реживодин	Коэффицие нт корреляци	,316**	-,104	1,000	,234**	,009	-,034	-,035	,925**
	Знч. (2- сторон)	,000	,180	.	,002	,911	,663	,654	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Фрустраци япотребнвс амораск	Коэффицие нт корреляци и	,125	,077	,234**	1,000	,138	,045	,038	,238**

	Знч. (2-сторон)	,108	,325	,002	.	,075	,565	,628	,002
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,042	,420**	,009	,138	1,000	,361**	,447**	,012
Соматическая симптоматика	Знч. (2-сторон)	,586	,000	,911	,075	.	,000	,000	,873
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	-,145	,336**	-,034	,045	,361**	1,000	,339**	-,039
Уходотпроблем	Знч. (2-сторон)	,062	,000	,663	,565	,000	.	,000	,613
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	-,009	,899**	-,035	,038	,447**	,339**	1,000	,003
Депрессия Зунг	Знч. (2-сторон)	,907	,000	,654	,628	,000	,000	.	,973
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,382**	-,077	,925**	,238**	,012	-,039	,003	1,000
Общественное чувство	Знч. (2-сторон)	,000	,324	,000	,002	,873	,613	,973	.
	N	167	167	167	167	167	167	167	167

Зависимост общен ия	Коэффициент корреляции	,258**	,005	,289**	,833**	,094	,034	,008	,310**
	Знач. (2- сторон)	,001	,950	,000	,000	,228	,663	,923	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Позитивно единочест во	Коэффициент корреляции	-,855**	,061	-,346**	-,158*	-,120	,079	-,053	-,378**
	Знач. (2- сторон)	,000	,437	,000	,042	,122	,310	,499	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Невротиза ция	Коэффициент корреляции	-,053	-,449**	,073	-,084	-,871**	-,228**	-,452**	,064
	Знач. (2- сторон)	,495	,000	,348	,281	,000	,003	,000	,410
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Психопати заци	Коэффициент корреляции	,042	-,012	-,017	,091	,151	,005	,056	-,023
	Знач. (2- сторон)	,593	,880	,824	,243	,052	,948	,472	,770
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
ШкиИохонд рии	Коэффициент корреляции	-,014	,219**	-,052	-,023	,114	,072	,206**	-,099
	Знач. (2- сторон)	,858	,004	,505	,764	,141	,357	,007	,202

ШкДепрессии	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,010	,229**	,083	,024	,288**	,120	,208**	,016
	Знч. (2-сторон)	,902	,003	,285	,757	,000	,122	,007	,837
ШкИстерии	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,050	,275**	,080	,069	,249**	,142	,208**	,043
	Знч. (2-сторон)	,519	,000	,301	,378	,001	,067	,007	,583
ШкПсихопатии	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,112	,108	,170*	,094	,168*	,086	,132	,161*
	Знч. (2-сторон)	,149	,164	,028	,226	,030	,271	,090	,038
ШкПараноийи	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	-,010	,183*	,127	,120	,232**	,049	,183*	,123
	Знч. (2-сторон)	,903	,018	,101	,123	,003	,529	,018	,115
ШкПсихастении	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,080	,166*	,068	,093	,272**	,214**	,139	,030

ШкШизоидности	Знч. (2-сторон)	,304	,032	,379	,233	,000	,006	,073	,701
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,033	,122	,171*	,131	,171*	,159*	,135	,136
	Знч. (2-сторон)	,671	,115	,027	,092	,027	,040	,083	,080
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	-,007	-,050	,093	,082	-,013	-,020	-,076	,029
ШкГипотимии	Знч. (2-сторон)	,926	,518	,232	,290	,872	,793	,328	,708
	N	167	167	167	167	167	167	167	167

Корреляции

			Зависимость от общества	Позитивное одиночество	Невротизация	Психопатизация	ШкИохондрии	ШкДепрессии	ШкИстерии	ШкПсихопатии
ро Спирмена	Вторичные преимущества	Коэффициент корреляции	,258	-,855	-,053**	,042	-,014	,010	,050	,112**
		Знч. (2-сторон)	,001	,000	,495	,593	,858	,902	,519	,149
		N	167	167	167	167	167	167	167	167

Депрессивная симптоматика	Коэффициент корреляции	,005	,061	-,449	-,012	,219**	,229**	,275**	,108
	Знач. (2-сторон)	,950	,437	,000	,880	,004	,003	,000	,164
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Субъективное режирование	Коэффициент корреляции	,289**	-,346	,073	-,017**	-,052	,083	,080	,170**
	Знач. (2-сторон)	,000	,000	,348	,824	,505	,285	,301	,028
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Фрустрация потребности в amorask	Коэффициент корреляции	,833	-,158	-,084**	,091	-,023	,024	,069	,094**
	Знач. (2-сторон)	,000	,042	,281	,243	,764	,757	,378	,226
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Соматическая симптоматика	Коэффициент корреляции	,094	-,120**	-,871	,151	,114	,288**	,249**	,168
	Знач. (2-сторон)	,228	,122	,000	,052	,141	,000	,001	,030
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Уходотпроблем	Коэффициент корреляции	,034	,079**	-,228	,005	,072**	,120	,142**	,086
	Знач. (2-сторон)	,663	,310	,003	,948	,357	,122	,067	,271
	N	167	167	167	167	167	167	167	167

Депрессия Зунг	Коэффициент корреляции	,008	-,053**	-,452	,056	,206**	,208**	,208	,132
	Знч. (2- сторон)	,923	,499	,000	,472	,007	,007	,007	,090
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Общеедин очество	Коэффициент корреляции	,310**	-,378	,064**	-,023**	-,099	,016	,043	,161
	Знч. (2- сторон)	,000	,000	,410	,770	,202	,837	,583	,038
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Зависимост ь обобщени я	Коэффициент корреляции	1,000**	-,294	-,058**	,148**	-,003	-,004	,074	,094**
	Знч. (2- сторон)	.	,000	,460	,056	,967	,955	,339	,226
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Позитивно е единочест во	Коэффициент корреляции	-,294**	1,000	,102**	-,077*	-,028	-,022	-,097	-,132**
	Знч. (2- сторон)	,000	.	,190	,324	,719	,776	,213	,089
	N	167	167	167	167	167	167	167	167
Невротиза ция	Коэффициент корреляции	-,058	,102**	1,000	-,130	-,184**	-,269**	-,279*	-,144
	Знч. (2- сторон)	,460	,190	.	,095	,017	,000	,000	,064

Психопатозаци	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,148	-,077	-,130	1,000	-,082	-,060	-,121	-,075
	Знч. (2-сторон)	,056	,324	,095	.	,291	,438	,118	,335
ШкИохондри	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	-,003	-,028**	-,184	-,082	1,000	,508	,730**	,432
	Знч. (2-сторон)	,967	,719	,017	,291	.	,000	,000	,000
ШкДепрессии	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	-,004	-,022**	-,269	-,060	,508**	1,000	,703**	,464
	Знч. (2-сторон)	,955	,776	,000	,438	,000	.	,000	,000
ШкИстерии	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,074	-,097**	-,279	-,121	,730**	,703	1,000**	,531
	Знч. (2-сторон)	,339	,213	,000	,118	,000	,000	.	,000
ШкПсихопатии	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,094	-,132	-,144*	-,075	,432*	,464	,531	1,000*
	Знч. (2-сторон)	,226	,089	,064	,335	,000	,000	,000	.

ШкПарано йи	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффицие нт корреляци и	,090	-,021*	-,202	,022	,248**	,521	,427*	,349
	Знч. (2- сторон)	,246	,791	,009	,774	,001	,000	,000	,000
ШкПсихаст ении	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффицие нт корреляци и	,102	-,063*	-,257	-,081	,503**	,709**	,658	,527
	Знч. (2- сторон)	,190	,416	,001	,300	,000	,000	,000	,000
ШкШизоид ности	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффицие нт корреляци и	,194	-,030	-,144*	-,059	,394*	,405*	,410	,571
	Знч. (2- сторон)	,012	,702	,064	,445	,000	,000	,000	,000
ШкГипоти мии	N	167	167	167	167	167	167	167	167
	Коэффицие нт корреляци и	,091	-,008	-,001	-,053	,162	,175	,287	,325
	Знч. (2- сторон)	,243	,923	,993	,494	,036	,024	,000	,000
	N	167	167	167	167	167	167	167	167

Корреляции

	ШкПаран ойи	ШкПсиха стении	ШкШизо идности	ШкГипоти мии
--	----------------	-------------------	-------------------	-----------------

ро	Коэффициент		-,010	,080	,033**	-,007
Спирмен	корреляции					
а	Вторичныепреим					
	уществаболезни	Знч. (2-сторон)	,903	,304	,671	,926
		N	167	167	167	167
	Коэффициент		,183	,166	,122	-,050
	корреляции					
	Депрессивнаяси					
	мптоматика	Знч. (2-сторон)	,018	,032	,115	,518
		N	167	167	167	167
	Коэффициент		,127**	,068	,171	,093**
	корреляции					
	Субъектпережив					
	один	Знч. (2-сторон)	,101	,379	,027	,232
		N	167	167	167	167
	Коэффициент		,120	,093	,131**	,082
	корреляции					
	Фрустрацияпотре					
	бнвсамораск	Знч. (2-сторон)	,123	,233	,092	,290
		N	167	167	167	167
	Коэффициент		,232	,272**	,171	-,013
	корреляции					
	Соматическаяси					
	мптоматика	Знч. (2-сторон)	,003	,000	,027	,872
		N	167	167	167	167
	Коэффициент		,049	,214**	,159	-,020
	корреляции					
	Уходотпроблем					
		Знч. (2-сторон)	,529	,006	,040	,793
		N	167	167	167	167
	Коэффициент		,183	,139**	,135	-,076
	корреляции					
	ДепрессияЗунг					
		Знч. (2-сторон)	,018	,073	,083	,328
		N	167	167	167	167

Общеодиночество	Коэффициент корреляции	,123**	,030	,136**	,029**
	Знч. (2-сторон)	,115	,701	,080	,708
	N	167	167	167	167
Зависимость от общения	Коэффициент корреляции	,090**	,102	,194**	,091**
	Знч. (2-сторон)	,246	,190	,012	,243
	N	167	167	167	167
Позитивное одиночество	Коэффициент корреляции	-,021**	-,063	-,030**	-,008*
	Знч. (2-сторон)	,791	,416	,702	,923
	N	167	167	167	167
Невротизация	Коэффициент корреляции	-,202	-,257**	-,144	-,001
	Знч. (2-сторон)	,009	,001	,064	,993
	N	167	167	167	167
Психопатизация	Коэффициент корреляции	,022	-,081	-,059	-,053
	Знч. (2-сторон)	,774	,300	,445	,494
	N	167	167	167	167
ШкИохондри	Коэффициент корреляции	,248	,503**	,394	,162
	Знч. (2-сторон)	,001	,000	,000	,036
	N	167	167	167	167
ШкДепрессии	Коэффициент корреляции	,521	,709**	,405	,175
	Знч. (2-сторон)	,000	,000	,000	,024
	N	167	167	167	167

	Коэффициент корреляции	,427	,658**	,410	,287
ШкИстерии	Знч. (2-сторон)	,000	,000	,000	,000
	N	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,349	,527	,571*	,325
ШкПсихопатии	Знч. (2-сторон)	,000	,000	,000	,000
	N	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	1,000	,455*	,385	,227
ШкПаранойи	Знч. (2-сторон)	.	,000	,000	,003
	N	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,455	1,000*	,608	,158
ШкПсихастении	Знч. (2-сторон)	,000	.	,000	,041
	N	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,385	,608	1,000*	,340
ШкШизоидности	Знч. (2-сторон)	,000	,000	.	,000
	N	167	167	167	167
	Коэффициент корреляции	,227	,158	,340	1,000
ШкГипотимии	Знч. (2-сторон)	,003	,041	,000	.
	N	167	167	167	167

** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

Сравнительный анализ клинической и не клинической выборки с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни

Ранги

	Выборка	N	Средний ранг	Сумма рангов
	1,00	72	91,85	6613,50
Вторичныепреимущест ваболезни	2,00	95	78,05	7414,50
	Всего	167		
	1,00	72	103,26	7435,00
Депрессивнаясимптома тика	2,00	95	69,40	6593,00
	Всего	167		
	1,00	72	89,40	6437,00
Субъектпереживодин	2,00	95	79,91	7591,00
	Всего	167		
	1,00	72	93,39	6724,00
Фрустрацияпотребнвса мораск	2,00	95	76,88	7304,00
	Всего	167		
	1,00	72	101,67	7320,00
Соматическаясимптома тика	2,00	95	70,61	6708,00
	Всего	167		
	1,00	72	96,72	6964,00
Уходотпроблем	2,00	95	74,36	7064,00
	Всего	167		
	1,00	72	107,37	7730,50
ДепрессияЗунг	2,00	95	66,29	6297,50
	Всего	167		
Общееодинокество	1,00	72	91,42	6582,00

	2,00	95	78,38	7446,00
	Всего	167		
	1,00	72	91,29	6573,00
Зависимость от общения	2,00	95	78,47	7455,00
	Всего	167		
	1,00	72	77,49	5579,00
Позитивное одиночество	2,00	95	88,94	8449,00
	Всего	167		
	1,00	72	66,74	4805,00
Невротизация	2,00	95	97,08	9223,00
	Всего	167		
	1,00	72	85,56	6160,50
Психопатизации	2,00	95	82,82	7867,50
	Всего	167		
	1,00	72	96,10	6919,50
ШкИохондрии	2,00	95	74,83	7108,50
	Всего	167		
	1,00	72	97,55	7023,50
ШкДепрессии	2,00	95	73,73	7004,50
	Всего	167		
	1,00	72	97,48	7018,50
ШкИстерии	2,00	95	73,78	7009,50
	Всего	167		
	1,00	72	94,22	6783,50
ШкПсихопатии	2,00	95	76,26	7244,50
	Всего	167		
ШкПаранойи	1,00	72	95,31	6862,00

	2,00	95	75,43	7166,00
	Всего	167		
	1,00	72	96,82	6971,00
ШкПсихастении	2,00	95	74,28	7057,00
	Всего	167		
	1,00	72	94,38	6795,00
ШкШизоидности	2,00	95	76,14	7233,00
	Всего	167		
	1,00	72	87,08	6269,50
ШкГипотимии	2,00	95	81,67	7758,50
	Всего	167		

Статистики критерия^а

	Вторичные признаки депрессии	Депрессивная симптоматика	Субъективные переживания	Фрустрация потребностей
Статистика U Манна-Уитни	2854,500	2033,000	3031,000	2744,000
Статистика W Уилкоксона	7414,500	6593,000	7591,000	7304,000
Z	-1,855	-4,569	-1,300	-2,307
Асимпт. знач. (двухсторонняя)	,064	,000	,194	,021

Статистики критерия^а

	Соматическая симптоматика	Уходотпроблем	ДепрессияЗунг	Общееединичество

Статистика U Манна-Уитни	2148,000	2504,000	1737,500	2886,000
Статистика W Уилкоксона	6708,000	7064,000	6297,500	7446,000
Z	-4,368	-3,199	-5,442	-1,731
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,000	,001	,000	,084

Статистики критерия^а

	Зависимость от общения	Позитивное одиночество	Невротизация	Психопатизация
Статистика U Манна-Уитни	2895,000	2951,000	2177,000	3307,500
Статистика W Уилкоксона	7455,000	5579,000	4805,000	7867,500
Z	-1,700	-1,518	-4,018	-,364
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,089	,129	,000	,716

Статистики критерия^а

	ШкИохондри	ШкДепрессии	ШкИстерии	ШкПсихопатии
Статистика U Манна-Уитни	2548,500	2444,500	2449,500	2684,500
Статистика W Уилкоксона	7108,500	7004,500	7009,500	7244,500
Z	-2,821	-3,161	-3,144	-2,379
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,005	,002	,002	,017

Статистики критерия^а

	ШкПаранойи	ШкПсихастени и	ШкШизоидности	ШкГипотимии
Статистика U Манна-Уитни	2606,000	2497,000	2673,000	3198,500

Статистика W Уилкоксона	7166,000	7057,000	7233,000	7758,500
Z	-2,642	-2,991	-2,421	-,717
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	,008	,003	,015	,474

а. Группирующая переменная: Выборка

Приложение 11

Распределение испытуемых по группам с помощью кластерного анализа

Принадлежность к кластерам

Номер наблюдения	Кластер	Расстояние
1	1	3,592
2	1	3,612
3	8	3,230
4	2	3,806
5	1	2,227
6	2	3,411
7	2	2,732
8	8	3,466
9	5	2,794
10	2	4,193
11	1	3,188
12	6	3,882
13	1	4,554
14	2	3,473
15	1	4,108
16	8	4,622
17	5	4,398
18	8	2,744
19	2	3,855
20	4	2,584
21	8	3,354
22	8	3,599
23	8	4,810

24	2	3,170
25	1	2,651
26	1	3,340
27	5	2,827
28	2	3,478
29	5	2,006
30	5	3,948
31	8	2,721
32	4	2,829
33	1	2,423
34	8	3,448
35	5	2,148
36	4	3,711
37	8	3,454
38	8	4,038
39	2	2,637
40	6	3,668
41	2	3,826
42	8	2,780
43	3	3,173
44	8	2,926
45	2	3,687
46	1	2,676
47	8	3,194
48	5	2,906
49	1	3,698
50	8	3,495

51	8	4,344
52	2	3,344
53	6	3,291
54	1	3,813
55	2	3,705
56	4	4,058
57	6	2,886
58	8	2,750
59	6	4,165
60	2	2,631
61	4	4,306
62	4	3,406
63	1	3,172
64	8	2,947
65	6	3,960
66	3	3,705
67	7	4,596
68	7	3,304
69	8	3,838
70	5	2,485
71	7	3,510
72	8	3,468
73	8	3,326
74	3	2,588
75	2	4,199
76	4	2,911
77	6	3,464

78	3	2,570
79	3	3,903
80	3	3,416
81	7	3,678
82	6	3,464
83	8	3,321
84	6	4,438
85	3	2,803
86	4	3,883
87	4	2,864
88	6	3,125
89	3	3,484
90	7	4,040
91	3	3,444
92	4	3,791
93	7	2,266
94	3	2,835
95	6	3,558
96	7	4,059
97	4	3,777
98	6	3,871
99	3	3,408
100	8	2,835
101	6	3,168
102	8	3,473
103	3	3,539
104	6	4,051

105	8	3,486
106	6	3,974
107	7	2,832
108	2	4,553
109	5	2,689
110	5	2,931
111	6	4,717
112	7	3,210
113	5	3,218
114	7	2,850
115	5	3,426
116	1	3,361
117	5	3,353
118	5	3,141
119	5	4,342
120	5	3,041
121	5	3,888
122	2	5,021
123	4	2,107
124	7	2,946
125	7	3,138
126	3	2,672
127	6	3,350
128	3	2,822
129	6	3,416
130	6	4,073
131	3	3,479

132	3	3,285
133	3	2,695
134	6	2,549
135	6	2,669
136	3	3,755
137	6	3,676
138	3	3,909
139	3	4,286
140	3	3,556
141	8	3,434
142	6	3,266
143	8	4,213
144	7	3,297
145	8	3,737
146	6	3,300
147	3	3,270
148	8	4,584
149	3	2,365
150	3	3,455
151	7	3,246
152	3	2,817
153	3	2,511
154	6	1,787
155	6	2,636
156	6	3,928
157	6	3,223
158	6	3,589

159	6	4,423
160	3	3,519
161	8	4,038
162	6	2,749
163	3	3,610
164	1	3,888
165	7	3,455
166	7	4,105
167	8	4,075

Конечные центры кластеров

	Кластер					
	1	2	3	4	5	6
Z-значение(VAR00001)	-,71233	-,56177	,30628	,71982	,69293	,32172
Z-значение(VAR00002)	1,49118	,78114	-,68164	,06337	,63818	-,44785
Z-значение(VAR00003)	-,09295	-1,20313	,70709	-,19584	,50884	,49880
Z-значение(VAR00004)	-,38634	-,11589	-,59092	-,06601	,74868	,21664
Z-значение(VAR00005)	1,36186	,57733	-,70011	-,55387	1,09347	-,43829
Z-значение(VAR00006)	1,01999	,64708	-,18096	-,88644	,40388	-,34926
Z-значение(VAR00007)	1,23138	,68755	-,57943	,11907	,86855	-,51098
Z-значение(VAR00008)	-,21924	-1,03682	,65551	,00463	,64359	,32553
Z-значение(VAR00009)	-,58053	-,16443	-,62304	,06530	,73061	,26327
Z-значение(VAR00010)	,75516	,61748	-,16924	-,64455	-1,08322	-,21746
Z-значение(VAR00011)	-,98449	-,65117	,88850	,26165	-1,09528	,33406
Z-значение(VAR00012)	-,64153	1,01312	-,14030	,55645	,06828	-,30927
Z-значение(VAR00013)	,69774	-,19511	-,68031	,67039	,59925	,61170
Z-значение(VAR00014)	1,20392	,04509	-,57384	-,65394	,76995	,76718

Z-значение(VAR00015)	1,08893	-,26364	-,67731	-,14288	,83667	,72395
Z-значение(VAR00016)	1,12065	-,58242	-,36102	,22884	,73326	,62362
Z-значение(VAR00017)	,60985	,50341	-,28117	-,87800	,62101	,60671
Z-значение(VAR00018)	1,08058	-,24236	-,64957	-,88742	,77648	,89635
Z-значение(VAR00019)	1,06820	-,19108	-,40682	-,22244	,32385	,74599
Z-значение(VAR00020)	,36301	-,20029	-,18533	-,34622	-,13583	,63127

Конечные центры кластеров

	Кластер	
	7	8
Z-значение(VAR00001)	,56746	-,89713
Z-значение(VAR00002)	-,02524	-,44785
Z-значение(VAR00003)	,72283	-1,00901
Z-значение(VAR00004)	,78193	-,22101
Z-значение(VAR00005)	,72572	-,66473
Z-значение(VAR00006)	,26201	-,34926
Z-значение(VAR00007)	,30917	-,62050
Z-значение(VAR00008)	,84807	-1,03538
Z-значение(VAR00009)	,91484	-,22757
Z-значение(VAR00010)	-,62160	,83066
Z-значение(VAR00011)	-,51211	,46055
Z-значение(VAR00012)	,30966	-,22184
Z-значение(VAR00013)	-,78624	-,41016
Z-значение(VAR00014)	-1,05085	-,48287
Z-значение(VAR00015)	-,75308	-,50933
Z-значение(VAR00016)	-,56558	-,71918
Z-значение(VAR00017)	-,81873	-,50201

Z-значение(VAR00018)	-,60593	-,46915
Z-значение(VAR00019)	-,37676	-,68765
Z-значение(VAR00020)	-,21305	-,21121

Расстояния между конечными центрами кластеров

Кластер	1	2	3	4	5	6	7	8
1		4,138	6,118	5,673	3,550	4,276	5,918	5,848
2	4,138		4,444	3,893	4,319	4,549	4,151	3,231
3	6,118	4,444		2,786	5,133	3,696	3,279	3,036
4	5,673	3,893	2,786		4,261	3,601	3,176	3,343
5	3,550	4,319	5,133	4,261		3,237	3,948	5,752
6	4,276	4,549	3,696	3,601	3,237		4,482	4,361
7	5,918	4,151	3,279	3,176	3,948	4,482		4,296
8	5,848	3,231	3,036	3,343	5,752	4,361	4,296	

Число наблюдений в каждом кластере

1	15,000
2	17,000
3	28,000
4	12,000
5	17,000
6	31,000
7	16,000
8	31,000
Валидные	167,000
Пропущенные значения	,000

Краткая характеристика кластерных групп на основе анамнестических данных и описательной статистики

Для составления общей картины изучаемых состояний была предпринята попытка качественного анализа собранных в ходе всего исследования данных. Основные жалобы описаны со слов испытуемых.

1 группа. Общее количество - 15 человек (14 - клиническая выборка; 1 - не клиническая). Образование среднее и среднее специальное. Не было выявлено четко прослеживающейся закономерности между изменениями в психоэмоциональной сфере и семейным положением (нахождение/не нахождение в браке, наличие/отсутствие детей). Средний показатель по шкалам СМОЛ (истерия, психопатия, психастения, шизоидность) находятся в интервале 61-70 Т-баллов. Основные жалобы: головные боли, нарушение сна и аппетита, общая усталость, чувство вины, ухудшение памяти, снижение интереса к жизни, «боли вокруг сердца». Также часть испытуемых склонна связывать возникновение болезней (сахарный диабет, инсульт) с длительным пребыванием в стрессовом состоянии.

2 группа. Общее количество - 17 человек (9 - клиническая выборка; 8 - не клиническая). Образование клинической выборки среднее и среднее специальное, а не клинической - среднее и высшее. Преобладающее большинство испытуемых находится в браке и имеет взрослых детей (18-27 лет). Основные жалобы: постоянное беспокойство («даже по мелочам»), нежелание лишней раз

выходить из дома («что бы соседи видели»), страх «вдруг станет плохо».

3 группа. Общее количество - 28 человек (8 - клиническая выборка; 20 - не клиническая). Преобладают среднее специальное и высшее образование, а в семейном статусе разведенные и вдовы/вдовцы. Средний показатель по шкале СМОЛ (психастения) находится на уровне 45 Т-баллов. Основные жалобы: в не клинической выборке - тревожное состояние в основном связанное с неопределенной ситуацией будущего, а в клинической - страх остаться одному, тоска, обида, «навязчивые мысли» («постоянно звоню сыну, что бы узнать всё ли у него хорошо, а то всякие дурные мысли в голове крутятся»), «хочется поговорить, а не с кем».

4 группа. Общее количество - 12 человек (6 - клиническая выборка; 6 - не клиническая). Отсутствует доминирующий семейный статус и уровень образования. Средний показатель по шкале СМОЛ (ипохондрия) находится на уровне 60 Т-баллов. Основные жалобы носят соматический характер (головные боли, нарушения сна и аппетита, ползанье мурашек, «тяжело вздохнуть»), а также представители данной группы описывая свое состояние часто используют психиатрические термины (депрессия, астеническое состояние, «нехватка кислорода в связи с психоэмоциональной перегрузкой»). При детальном расспросе не могут описать свои переживания простыми словами, проявляют агрессивные и тревожные реакции («почему вы мне не верит?», «зачем вы меня об этом спрашиваете», «а разве вы не знаете что такое депрессия?»).

5 группа. Общее количество - 17 человек (15 - клиническая выборка; 2 - не клиническая). Преобладающее большинство испытуемых имеет среднее специальное и высшее образование. Общего или доминирующего семейного положения не выявлено. Средний показатель по шкалам СМОЛ (ипохондрия, истерия, психопатия, паранойя, психастения) находятся в интервале 61-70 Т-баллов. Основные жалобы: ухудшение зрения, ком в горле, утомляемость, плаксивость, нарушения памяти.

6 группа. Общее количество - 31 человек (10 - клиническая выборка; 21 - не клиническая). Образование высшее. Подавляющее большинство испытуемых (29 человек) состоят в свободных отношениях (гражданский брак), либо находятся в повторном браке, а 2 человека никогда не были женаты. Средний показатель по шкалам СМОЛ (ипохондрия, депрессия, истерия, паранойя, психастения, гипомания) находятся в интервале 61-70 Т-баллов. Отсутствуют конкретные жалобы, формулировки расплывчатые, либо сводятся к общей усталости и неудовлетворенности от своей жизненной ситуации («жена пилит, терпеть больше сил нет», «надоело все, хочу переехать в другой город, но у меня там никого нет, а люди же знаете какими могут оказаться»)

7 группа. Общее количество - 16 человек (7 - клиническая выборка; 9 - не клиническая). Образование высшее. Доминирующее семейное положение не выявлено. Основные жалобы: страх остаться одному, «раньше была общительной, а теперь замкнулась в себе», недоверие к окружающим, «хочу что-то сделать, а руки опускаются», «меня не понимают», скачки АД, «ноги не держат», «ломота

в позвоночнике и костях». Также испытуемые утверждают, что периодически впадают в депрессию и состояние апатии.

8 группа. Общее количество - 31 человек (3 - клиническая выборка; 28 - не клиническая). В семейном статусе испытуемых и их образовании не было выявлено доминирующей тенденции. В данной группе основным оказался показатель «позитивное одиночество». При сборе анамнестических данных был отмечен их оптимистичный взгляд на жизнь, жизнерадостность, стремление к переменам и саморазвитию. Испытуемые клинической выборки, вошедшие в данную группу, были обследованы за несколько дней до выписки.

Общие рекомендации по организации и проведению психокоррекционных мероприятий

В системе восстановительного лечения психических заболеваний широко реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе биологического, психологического и социального факторов, каждый из которых требует адекватных лечебных или корригирующих воздействий, роль медицинского психолога при работе в бригаде (врач, социальный работник) существенно возрастает.

Психологическая коррекция базируется на консультировании и предполагает целенаправленное психологическое воздействие на пациента с целью приведения его психического состояния к норме в случаях диагностики у него каких-либо характерологических девиаций или личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности. Психологическая коррекция в клинической психологии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного и искомого психического состояния человека, его активности и душевного комфорта, гармонизации его отношений с социальным окружением. Она занимает промежуточное положение между психотерапией и консультированием, поскольку косвенно может влиять не физическое состояние человека и провоцировать ухудшение здоровья (преждевременное прерывание лечения, разочарование в лечении, возникновение негативных пессимистических установок). Общими противопоказаниями для любого вида

психотерапии и психокоррекции являются: спутанные состояния сознания, высокая степень сопротивления, низкая мотивация к прохождению психокоррекции. К частным противопоказаниям для психокоррекции относятся: высокая суицидальная готовность, тяжелые формы психической патологии – психотические расстройства; депрессии со стойкой утратой трудоспособности без предшествующей стрессовой провокации; деструктивные или аутодеструктивные формы поведения; дефекты памяти и концентрации внимания. Следовательно, при проведении некоторых психокоррекционных мероприятий весьма целесообразен медицинский или психиатрический контроль [14; 25; 46; 80].

Первым этапом бригадного ведения больного является постановка функционального диагноза. Функциональный диагноз формулируется с учетом результатов комплексного исследования состояния больного и позволяет наиболее полно представить характер нарушений психического и социального функционирования, а также выявить имеющиеся у пациента и его социального окружения ресурсы совладания с имеющимися проблемами.

Второй этап – разработка на основе функционального диагноза программы оказания помощи. Психотерапия проводится в соответствии с клиническими показаниями, которые для каждого больного устанавливаются коллегиально врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом и клиническим психологом по согласованию с другими участниками лечебно-реабилитационного процесса. При сохранении за ним общей ответственности за клиническую

работу (при этом каждый член бригады ответствен за свое направление работы), функции врача-психиатра реализуются в координации работы других специалистов. Только такой подход сохранит автономию каждого специалиста-участника бригады и оптимальное выполнение им своих ролевых обязанностей.

Для эффективного корректирующего воздействия психокоррекционный комплекс медицинского психолога должен включать в себя ряд этапов.

1. Диагностический - диагностика особенностей развития личности, выявление факторов риска, формирование общей программы психологической коррекции.

2. Установление продуктивного контакта с клиентом - побуждение желания взаимодействовать, снятие тревожности, повышение уверенности клиента в себе, формирование желания сотрудничать с психологом и что-либо изменить в своей жизни.

3. Коррекционный - гармонизация и оптимизация развития клиента, переход от отрицательной фазы развития к положительной, овладение способами взаимодействия с миром и самим собой, овладение определенными способами деятельности.

4. Этап оценки эффективности коррекционных воздействий - изменение психологического содержания и динамики реакций, способствование появлению позитивных поведенческих реакций и переживаний, стабилизация позитивной самооценки.

Для клиента (пациента) основным критерием успешности своего участия в программе будет эмоциональное удовлетворение от занятий и изменение эмоционального баланса в целом в пользу положительных чувств и переживаний.

Для психолога, ответственного за организацию и осуществление коррекционной программы, главным критерием оценки станет достижение поставленных в программе целей.

Для лиц из окружения клиента(пациента) эффективность программы будет определяться степенью удовлетворения их запроса, мотивов, побудивших обратиться за психологической помощью, а также особенностью осознания ими проблем и стоящих перед ними задач, непосредственно связанных с проблемами клиента.

Проведение групповой и индивидуальной работы имеет ряд особенностей.

Индивидуальная психокоррекционная работа способствует формированию у пациентов устойчивого положительного отношения к системе социально-реабилитационных мероприятий и повышению уровня психологической готовности к активному участию в психокоррекционной работе, также может предшествовать непосредственному включению в групповую работу. Она должна быть направлена как на преодоление имеющегося у многих больных сопротивления (активного или пассивного) и недоверия к такого рода помощи, так и на формирование конструктивного, взвешенного и реалистичного отношения к

ее возможностям и задачам. В процессе осуществляемого совместно с психологом поиска пациентом «объективизируются» основные проблемы сложившейся жизненной ситуации, осуществляется начальный этап оценки адекватности своих основных психовозрастных представлений и ожиданий, конструктивность системы самооценок. Активизируется и формируется стремление повысить свою личностную и общую социальную компетентность, эффективность социального функционирования. Складывается в основных чертах ориентировка в средствах и путях реализации этих задач. В частности, осознается потребность в установлении более содержательных взаимодействий с социально-компетентными людьми.

Особой задачей индивидуальной психокоррекционной работы является оказание экстренной, кризисной поддержки в случаях возрастания психической напряженности, а также при проявлении суицидальных мыслей и тенденций. С этой целью осуществляется интенсивная эмоциональная поддержка, используются приемы, позволяющие их оперативно блокировать и дезактуализировать, а также меняющие некоторые параметры восприятия и систему самооценок. Для закрепления достигнутого положительного эффекта и для профилактики подобных состояний в будущем рекомендуется в этот период организовывать индивидуальные и групповые занятия так, чтобы они приводили к актуализации у больных их положительного, конструктивного опыта преодоления острых ситуаций.

Перед проведением групповых психокоррекционных мероприятий психолог или психиатр, ведущий группу, составляет примерный план занятий группы в соответствии с конкретными больными и основными задачами, стоящими перед группой, в котором указываются время и место проведения занятий, количество участников и примерный план работы на каждое занятие. План работы записывается в дневнике группы — документе, который ведется и подписывается ведущими группами. В дневнике группы также приводятся список и краткие клинические и патопсихологические характеристики больных, включенных в группу, индивидуальные психокоррекционные задачи, стоящие в отношении каждого из них. Непосредственно перед проведением занятия составляется подробный план занятия с указанием конкретных упражнений (основных и резервных). После проведения каждого занятия в дневник заносится отчет ведущего о занятии, об особенностях поведения его участников, динамике их состояний. В дневник также записываются изменения в составе группы и другие важные для психокоррекционной работы наблюдения и замечания. Дневник группы представляет собой основную форму отчетности по данному виду психокоррекционной работы и дает ценный материал ведущему для повышения эффективности работы.

В рамках группового метода может проводиться тренинг социальных навыков. Он состоит из трех этапов.

1. Снятие «коммуникативной напряженности», изменение сверхценного отношения к общению.

2. Тренинг социально-перцептивных навыков и других недостаточно развитых социальных навыков.

3. Тренировка и реализация выбранной стратегии социального поведения, ведения социальной роли. В ходе тренинга больные расширяют диапазоны воспринимаемых и собственных межличностных взаимодействий и повышают свою социальную компетентность.

Цикл завершается повторным диагностическим исследованием, а результаты сообщаются клиентам (пациентам), т. к. положительные изменения укрепляют веру больного в возможность полного выздоровления и повышают их готовность к сотрудничеству с другими людьми.

После завершения групповых занятий обязательно проводится одна-две индивидуальные психокоррекционные беседы с целью ориентации больного на использование в практической деятельности приобретенных знаний и умений. Подчеркиваются успехи, достигнутые им в процессе группового поиска, и закрепляются положительная мотивация к различным видам психологической поддержки. Именно сочетание индивидуальной (диалогичной, конкретной) и групповой (гибкой) (по каждому из имеющихся у него социальных навыков) особенности социальной приспособленности, которые в наибольшей степени отличают его от сверстников.

Сочетание индивидуальной и групповой форм психокоррекционных воздействий способствует своевременной реализации в практической деятельности расширяющейся в процессе терапии и психологических занятий зоны личностных возможностей больного, а также

оптимизирует процессы усвоения и активного использования в повседневной жизни знаний и умений, приобретаемых в группе.